

a cura di **ecn milano**

Centro Sociale Leoncavallo

TOSSICODIPENDENZE



INDICE DEI CONTENUTI

1	A11792.ITA	(23 / 05 / 92) (da SIDAnet)	1
		Contraddizioni errori bugie nel rapporto Jervolino	
2	MODELLI.TXT	(25 / 03 / 92) (da SIDAnet)	6
		Modelli di legalizzazione	
3	SELETTIV.TXT	(26 / 12 / 90) (da SIDAnet)	12
		Teorie delle tossicodipendenze: la selettività delle terapie	
4	METADONE.TXT	(08 / 03 / 92) (da SIDAnet)	17
		Il metadone	
5	A32391.ITA	(03 / 06 / 92) (da SIDAnet)	21
		La cocaina	
6	A19889.ITA	(23 / 05 / 92) (da SIDAnet)	25
		Droghe: l'esperienza olandese	
7	A48889.ITA	(11 / 07 / 92) (da SIDAnet)	29
		Confronto terapie tossicodipendenza Italia/USA	



a cura di

ecn milano

**CONTRADDIZIONI, ERRORI E BUGIE
DEL RAPPORTO JERVOLINO.**

a cura di Carla Rossi (Coordinatrice del CO.R.A - OLD)

SOMMARIO:

1. E' proprio vero che la popolazione tossicodipendente sta invecchiando? Se è vero, perché questo accade?
2. Quanti sono veramente i decessi per droga?
3. E' vero che la 162/90 fa "emergere" i tossicodipendenti?
4. I tossicodipendenti, il Carcere e l'HIV
5. Quanto incidono i sequestri sul mercato della droga?

Prologo

Qualche anno fa, durante un breve soggiorno a Londra, mi sono lasciata tentare da un libretto della serie "Pelikan" il cui titolo suonava suggestivo: HOW TO LIE WITH STATISTICS, firmato da Darrel Huff. Non immaginavo, allora, che avrei visto l'applicazione puntuale di tutte le regole negli annuali rapporti del Ministro Jervolino sull'andamento del fenomeno "tossicodipendenza".

Per chiarire questa tesi partirò da alcuni punti chiave, messi particolarmente in luce dal Ministro stesso nel corso della Conferenza Stampa di presentazione del rapporto il giorno 11/2/92.

A parziale "discolpa" del Ministro c'è però da rilevare che finora, nessuna analisi "governativa" sui dati dell'Osservatorio del Ministero degli Interni è stata supportata dal parere di qualificati esperti statistici. Questo deve far riflettere perché nasce il sospetto che gli scienziati "veri" non se la sentano di sostenere tesi insostenibili, quali sono quelle affermate da Russo Jervolino, che sono ormai da considerarsi solo come prese di posizione di tipo ideologico, piuttosto che valutazioni basate su analisi rigorose.

1. E' proprio vero che la popolazione tossicodipendente sta invecchiando? Se è vero, perché questo accade?

Sia il Ministro che il Prefetto Sotgiu hanno evidenziato che dall'analisi dei dati sui decessi per overdose, che non sono ancora definitivi per quanto riguarda il numero relativo al 1991 e sono co-

munque sospetti di sostanziale sottostima, appare che l'età media al decesso e la percentuale di deceduti ultratrentenni siano aumentate rispetto a quelle relative all'anno, e agli anni, precedenti. Da questo "deducono" che, probabilmente per merito della legge, è diminuita l'incidenza di nuovi ingressi in età giovanili nel circuito della droga.

Sembra sfuggire al nostro Ministro, che pur dovrebbe occuparsi di tematiche giovanili in generale, che l'Italia è il Paese Europeo con il più basso tasso di natalità e che la popolazione sta invecchiando ormai da anni, come ci avvertono i Demografi e i Sociologi, che trattano con preoccupazione i problemi emergenti degli anziani che, sempre in maggior numero, sono sulle spalle di una società con delle classi lavorative sempre più esigue. Questo fenomeno demografico, se da una parte ha risolto senza necessità di particolari interventi, per esempio, il problema dei doppi turni nella scuola, dall'altra ha condotto a provvedimenti che hanno innalzato le età pensionabili in sempre più numerosi settori pubblici e privati. Si tenga inoltre presente che persino la popolazione universitaria, nonostante una cresciuta richiesta individuale di istruzione, è ormai pressoché stabile. Non è chiaro perché ci si dovrebbe meravigliare che anche la dinamica della popolazione tossicodipendente segua lo stesso trend naturale e invocare l'impatto di normative sulla droga per giustificare quello che è un andamento del tutto necessario, data la situazione demografica generale. Il fenomeno emerge chiaramente dai dati dell'indagine multicentrica dell'OMS, già citata in precedenza. Dall'analisi delle distribuzioni per età nelle 5 città campione (Milano, Roma, Venezia, Napoli, Cagliari), si evidenzia un trend NordSud. Infatti la popolazione tossicodipendente del Nord è più "anziana", riproducendo la distribuzione per età della popolazione generale, dato che il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, dovuto alla riduzione della natalità, è stato più sensibile al Nord. Se si considera, inoltre, che al Nord si concentra la maggior parte dei tossicodipendenti e quindi anche la maggior parte dei decessi, è evidente che la dinamica delle età riproduce essenzialmente quella esistente nelle zone settentrionali. Non bisogna chiedersi quanti siano in assoluto i nuovi ingressi nel circuito della droga nelle classi di età più giovanili, ma quale sia la proporzione dei nuovi ingressi in ogni classe di età, occorre cioè rapportare il numero di ingressi che si verificano al numero totale di individui presenti in quella classe di età, in modo da "normalizzare" il dato rispetto alla riduzione di natalità osservata negli ultimi 20 anni. Facendo questo si scoprirebbe che è la di-

namica naturale della popolazione che sta rendendo meno drammatico il fenomeno dei nuovi ingressi nel circuito della droga, ed è certamente un errore (o una menzogna?) attribuire questo fenomeno ad altro. E' anzi probabile che il dato normalizzato mostrerebbe ancora un aumento significativo degli ingressi giovanili.

Del resto quest'ultimo fenomeno può meglio essere evidenziato dall'andamento delle riforme per tossicodipendenza in ambito militare, che riguardano, per l'appunto, le età più giovanili. Si passa infatti dalle 760 riforme del 1986, alle 765 del 1987, 776 del 1988, 750 del 1989, 907 del 1990, mentre si afferma che: "i dati relativi al 1991, per quanto ancora incompleti ed affidati a proiezioni statistiche, evidenziano un ulteriore incremento complessivo del fenomeno.

L'entrata in vigore della legge 26 giugno 1990, con le modifiche previste in tema di provvedimenti medico legali, non permette per altro di raffrontare i dati del 1991 con quelli degli anni precedenti. Ciononostante appare evidente l'incremento del fenomeno".

2. Quanti sono veramente i decessi per droga?

Per quanto riguarda l'aumento del numero dei decessi attribuiti ufficialmente alla droga, occorre osservare che la percentuale riportata nel rapporto, circa il 10%, è certamente affetta da sottovalutazione dovuta a ritardi di notifica.

Utilizzando le informazioni relative all'anno precedente, prendiamo per buoni i dati ufficiali, e supponendo che mediamente non ci siano state variazioni sul trend dei ritardi, si può stimare che l'aumento percentuale annuale dei decessi si attesterà attorno all'11%. Sarebbe stato opportuno almeno citare il problema, come viene correttamente fatto, per esempio, nei rapporti del Centro Operativo AIDS riguardo all'epidemia in atto. Anche questa omissione sistematica annuale è un errore statistico e una bugia politica. Ma quello che più preoccupa è che, da una parte si istituisce un gruppo di lavoro (Coordinato dal Senatore Condorelli) per pervenire ad una definizione "scientifica" di "caso" a proposito delle morti per droga, dall'altra non è chiaro quali e quante morti vengano attualmente classificate come tali e in base a quale criterio. E' possibile comunque, anzi è fortemente sospetto, che ci sia una sostanziale sottostima.

Il sospetto ci viene dall'analisi comparativa dei dati ministeriali con alcuni dati regionali rilevati alla fonte. Riportiamo di seguito (*in fondo al testo*) la

tabella relativa ai decessi per droga di tossicodipendenti in corso di terapia presso i centri della regione Lombardia negli ultimi anni. (**Tab. A**)

E' abbastanza inverosimile che la maggior parte dei decessi riguardi persone in terapia e che si verifichi un trend in crescita per la relativa percentuale rispetto al totale dichiarato. Aspettiamo i dati del 1991 e la conferma di quelli del '90 per trarre conclusioni certe, ma in ogni caso i numeri della tabella debbono far riflettere.

Dalla regione Lazio ci viene invece non un sospetto, ma una certezza. Infatti, dai dati del sistema di sorveglianza sulla mortalità dell'Osservatorio Epidemiologico regionale, apprendiamo che nel 1989 (i dati del 1990 non sono ancora disponibili) si sono verificati nel Lazio 131 decessi per droga (di cui 114 a Roma e 17 altrove) mentre il rapporto Jervolino del 1991 riporta per lo stesso anno solo 99 decessi in tutta la regione, con una sottostima pari al 32%.

Se si riflette sul fatto che non c'era nessun interesse un anno fa a nascondere i morti del 1989 (anzi!), il sospetto su possibili sottostime ancora più rilevanti per gli anni successivi si rafforza.

Per tali anni non disponiamo ancora di dati definitivi, ma da alcune informazioni e proiezioni si può stimare che:

- nel '90 ci sia stato nel Lazio un incremento dei decessi pari a circa il 28% rispetto al 1989;
- a Roma l'incremento del II semestre '90 rispetto al I semestre sia stato del 32% (il passaggio tra i due semestri precedenti era stato del 21%);
- l'incremento a Roma del I semestre '91 rispetto al I semestre '90 è stato del 27%, mentre non risulta alcun aumento nel passaggio tra il II semestre '90 e il I semestre '91 (ma potrebbero ancora esserci ritardi di notifica);
- la sottostima dei dati dell'Osservatorio del Ministero dell'Interno oscilla intorno al 25% per il 1990 (- 32% per il 1989);
- se si prendono per buoni i dati del Rapporto Jervolino nella seconda metà del '91 in tutto il Lazio non ci sarebbero stati più di 30 decessi contro un ordine di grandezza di fra 70 e 90 nel I semestre solo a Roma.

3. E' vero che la 162/90 fa "emergere" i tossicodipendenti?

Un'altra "bugia" è relativa al cosiddetto fenomeno dell'emersione. Si dice nel rapporto che il meccanismo delle segnalazioni al Prefetto favorisce

l'avvicinamento dei tossicodipendenti ai Servizi Pubblici anziché, come sostenuto dagli oppositori della legge, la loro maggiore clandestinità. A supporto di questa tesi si riporta l'aumento, in verità irrilevante rispetto al numero totale stimato dei tossicodipendenti italiani, come abbiamo già fatto osservare in precedenti interventi, degli utenti dei servizi (ricordiamo inoltre che esistono indizi che portano ad affermare che gran parte dei decessi riguarda proprio tali utenti e che comunque anche questi dati sono probabilmente inaffidabili).

Riguardo ai dati sulle utenze dei servizi pubblici c'è il sospetto che gran parte dell'aumento relativo al 1991 sia dovuto agli invii "coatti" da parte dei Prefetti e che si sia invece verificata una rilevante diminuzione delle utenze spontanee. Ancora una volta risulta impossibile verificare puntualmente questa ipotesi essendo i dati ufficiali relativi alle utenze dei servizi pubblici e agli invii delle Prefetture forniti sulla base di periodi di tempo differenti e inconfondibili. Questa è un'altra prova dell'incapacità dell'Osservatorio del Ministero dell'Interno a svolgere un efficiente lavoro di analisi e informazione (oppure della volontà di mascherare dati imbarazzanti?).

A smentire ulteriormente la benefica azione della legge sull'emersione si possono riportare i risultati di alcune analisi svolte presso il Centro Operativo AIDS (COA), in corso di pubblicazione su riviste scientifiche o presentate ufficialmente nel corso di seminari.

Da una parte, dall'analisi dei dati relativi al più grande studio italiano di follow up di sieropositivi si è evidenziato che la prosecuzione dell'abitudine all'uso endovenoso di droghe non ha un'influenza significativa sul decorso della malattia. Dall'altra, analisi effettuate dal Professor Marcello Pagano, sulla sopravvivenza dei malati di AIDS italiani, suddivisi in classi di rischio, ha evidenziato, negli ultimi anni un miglioramento progressivo della prognosi, misurata in termini di sopravvivenza mediana, per quanto riguarda gli omosessuali, e un peggioramento per quanto riguarda i tossicodipendenti e gli altri (eterosessuali, trasfusi ecc.).

L'interpretazione del fenomeno, fornita dallo stesso studioso, è che la maggiore sopravvivenza è da ricondursi esclusivamente ad una diagnosi più precoce e che, quindi, quello che sembra essere successo negli ultimi tempi è un progressivo allontanamento dei tossicodipendenti da Servizi che permettono di effettuare diagnosi precoci. Per quanto riguarda i casi eterosessuali il ritardo è forse attribuibile ad una minore attenzione a sintomi sospetti, dovuta al fatto di non essere sempre a conoscenza della possibilità di essere stati con-

tagiati, proprio per il fatto di non appartenere ad uno dei classici "gruppi a rischio". Proprio la disinformazione introdotta dalla terminologia "gruppo a rischio" anziché, più correttamente, "comportamento a rischio", può causare un limitato livello di attenzione tra i soggetti con comportamenti eterosessuali.

Da tutti questi dati sembrerebbe proprio che i tossicodipendenti, almeno quelli sieropositivi, vivano in una situazione di maggiore clandestinità rispetto al passato.

4. I tossicodipendenti, il Carcere e l'HIV.

La 162/90 ufficialmente non manda i tossicodipendenti in carcere, a meno che non siano recidivi e riottosi. In carcere devono andare gli spacciatori e i delinquenti comuni.

Purtroppo però la legge italiana, unica tra le legislazioni europee (e forse mondiali), prevede una definizione automatica di spacciatore che, esonerando da noiose indagini sull'effettivo comportamento dell'imputato, permette di classificare un individuo come tale solo sulla base della quantità di sostanza trovata in suo possesso.

Questo ha fatto sì che siano stati effettuati circa 1000 arresti, su un totale di 22.000 nel 1991, relativi a persone, spesso molto giovani, che non possedevano più di 5 grammi di hashish. In alcuni di questi casi l'effetto per la persona è stato devastante (si è anche arrivati al suicidio in carcere).

Nelle tabelle che seguono (*vedi in fondo al testo*) si riporta la situazione relativa ai tossicodipendenti in carcere rilevata alla fine del 1990 e in due successivi momenti nel corso del 1991. (**Tab. B; 1 e 2**)

Come si vede dalla tabella 1, nel 1991 è andata progressivamente aumentando la popolazione carceraria e, in particolare, sono aumentati i tossicodipendenti detenuti. Dalla tabella 2 si evidenzia inoltre il fatto che, pur aumentando anche i sieropositivi detenuti, questa caratteristica riguarda via via sempre meno i tossicodipendenti mentre cominciano ad aumentare i sieropositivi non appartenenti a questo "gruppo a rischio", cioè quelli che sono stati contagiati da rapporti sessuali piuttosto che da scambi di siringhe. In altre parole, anche all'interno del carcere, si comincia ad evidenziare un rilevante avvio della terza epidemia, dopo quella tra gli omosessuali e quella relativa ai tossicodipendenti, l'epidemia eterosessuale trasmessa, principalmente, attraverso contatti con partner tossicodipendente. In particolare, di tali casi il 64% delle malate non appartenenti a gruppi

a rischio deve il contagio a rapporti con un partner tossicodipendente.

L'inizio della terza epidemia si evidenzia anche nel rapporto COA al 31/12/91.

Per la prima volta i casi eterosessuali femminili superano quelli maschili e sono per lo più trasmessi da tossicodipendenti.

Nelle tabelle che seguono sono riportati altri dati più analitici, relativi alla situazione carceraria e agli arresti, che non hanno bisogno di particolare commenti.

Un dato interessante, che deve far riflettere, emerge dall'analisi della tabella (scheda 4, riepilogo, pag. 159). Infatti si riscontra che il 60% degli ingressi in carcere avviene per reati previsti dall'art. 73 della 162/90 (questo dato conferma le stime correnti che circa il 70% dei procedimenti penali riguarda fatti di droga), che vengono commessi solo per il 50% da tossicodipendenti, mentre ben il 36% dei reati comuni, il cui autore è detenuto, risulta commesso da tossicodipendenti. Se si considera che, in base ai dati generali sulla microcriminalità, solo il 5% circa dei reati denunciati ha un autore noto, si evidenzia immediatamente la criminogenicità dell'attuale regime sulle droghe che, da una parte provoca le grandi guerre di Mafia nel Sud, dall'altra spinge verso il piccolo crimine e lo spaccio un' elevata percentuale di tossicodipendenti, proprio quelli che la 162 "vorrebbe" recuperare.

Inoltre sono spinti allo spaccio anche individui non tossicodipendenti. Si noti anche che, se il numero di tossicodipendenti in trattamento è aumentato di 11227 unità in 15 mesi, il numero di ingressi in carcere di tossicodipendenti durante il primo semestre del 1991 è stato di 13645 persone, di cui ben 6348 per "reati comuni".

L'allegata tabella, contenuta nel rapporto del Procuratore Generale di Milano, rende ulteriormente ragione del fenomeno.

5. Quanto incidono i sequestri sul mercato della droga?

Nel corso del 1990 la Guardia di Finanza stimava la quantità di sostanza sequestrata in non più del 5% delle droghe in circolazione. Nel 1991 i sequestri sono aumentati mediamente del 70%, pertanto, nell'ipotesi, forse ancora un po' ottimistica per l'Italia, che non ci sia stata ulteriore espansione del mercato, la quantità di sostanza sequestrata non supera il 9% del totale delle droghe in circolazione. Non è un gran risultato davvero dato lo spiegamento di forze e risorse impiegato. Inoltre gran parte delle sostanze sequestrate rientra nel mer-

cato clandestino, come evidenziato anche da recenti fatti di cronaca. Che l'incidenza dei sequestri sia in generale irrilevante emerge anche dalle considerazioni riportate nel rapporto dell'ONU 1991 in cui si ammette che, nonostante i sequestri siano in aumento, la qualità della droga sul mercato è migliorata e il prezzo si è mantenuto costante. Il mercato non ha subito contraccolpi di nessun tipo in conseguenza dei provvedimenti repressivi e dei sequestri. In Italia non sembra aver subito contraccolpi neanche in conseguenza dell'arresto di ben 22.000 addetti al settore. Il rapporto ONU evidenzia anche un effetto di saturazione delle piazze occidentali e uno spostamento degli interessi dei trafficanti verso il Sud e l'Est del mondo e verso altre attività, anche di tipo legale. Si tratta dello stesso effetto citato nel rapporto Jervolino a proposito del presunto invecchiamento dei deceduti per overdose. La saturazione che si ipotizza, piuttosto che dovuta a misure più repressive, è probabilmente legata sia alla dinamica demografica dei paesi occidentali, che ne ha ridotto la popolazione giovanile potenzialmente a rischio, sia alla saturazione "naturale" di ogni fenomeno di tipo epidemico, come certamente si può considerare quello legato alla tossicodipendenza, per la dinamica stessa con cui si acquisiscono nuovi adepti. Ogni epidemia è destinata ad estinguersi prima o poi se non si produce almeno un nuovo infetto per ogni individuo già infettato. Quando il numero degli infetti è ormai troppo elevato, rispetto a quello degli individui potenzialmente a rischio, viene a mancare il substrato necessario per il mantenimento dell'epidemia e il fenomeno comincia a regredire. Nei paesi occidentali è probabile che si comincino a vedere le prime avvisaglie di questo fenomeno: il serbatoio di giovani potenzialmente a rischio comincia ad essere troppo limitato per il mantenimento del mercato (epidemia).

fonte : ARCHIVIO PARTITO RADICALE

** (SIDAnet Information) **



Tabella A

Decessi per droga di tossicodipendenti in corso di terapia presso i centri della regione Lombardia negli ultimi anni.

anno	totale decessi (dati ufficiali dal rapporto Jervolino)	totale decessi in terapia (rilevati localmente)	%
1988	224	145	65
1989	293	167	57
1990	270(*)	247	90
1991	330	?	?

(*) proiezione fatta sulla base dei dati del I semestre e del trend temporale e regionale (anche se ponessimo pari a 330 il valore del 1991, avremmo comunque una percentuale altissima e sospetta: 75).

Table B

Situazione relativa ai tossicodipendenti in carcere rilevata alla fine del 1990 e in due successivi momenti nel corso del 1991.

Tabella 1

Detenuti presenti e tossicodipendenti
Confronto alle date del 31/12/90, 30/6/91 e del 25/9/91

Date	31/12/90	30/6/91	25/9/91
Det. presenti	24.670	30.774	32.166
Det. TD	7.299	9.623	10.771
%	29,59	31,27	33,49

Tabella 2

Detenuti presenti, tossicodipendenti e affetti da HIV
Confronto alle date del 31/12/90, del 30/6/91 e del 25/9/91

Date	31/12/90	30/6/91	25/9/91
Det. presenti	4.670	30.774	32.166
Det. sieropos.	2.489	2.770	3.110
%	10,09	9,00	9,67
Det. TD	7.299	9.623	10.771
Det. sieropos. TD	2.378	2.702	2.977
%	32,58	28,08	27,64

MODELLI DI LEGALIZZAZIONE.

– All'ideologia proibizionista, che persegue, ad ogni costo, l'obiettivo di sradicare il male assoluto della droga dalla faccia della terra o – come alternativa pratica – di incutere paura e comminare pene a chi questo male accetta o promuove, gli antiproibizionisti vogliono opporre non un'altra ideologia ma una diversa formulazione del problema, e nuove norme, prescrizioni, servizi. Il nostro punto di vista non è quello della morale di Stato né quello della piccola minoranza dei consumatori di droghe proibite. E' il punto di vista della cittadina e del cittadino, vale a dire di una comunità formata a stragrande maggioranza da non consumatori e non tossicodipendenti e che non vuole più subire passivamente i misfatti del proibizionismo. Tutti i modelli finora proposti sono fatti per funzionare, e per rimediare ai guasti storicamente prodotti dall'ideologia e dalla pratica delle leggi proibizioniste. Molti sostenitori della legalizzazione non avrebbero messo in discussione le leggi in vigore se avessero dato buona prova, e trovano ragionevole che il valore e l'opportunità di una legge siano misurati alla luce dei suoi costi e benefici. Una legge 'buona' deve essere anche una buona legge.

Naturalmente non c'è una sola strategia antiproibizionista. Se è vero che gran parte dei paesi occidentali ha legalizzato il divorzio, è difficile trovare due sistemi giuridici che non differiscano su questioni cruciali come il periodo di tempo che deve intercorrere tra la separazione e il divorzio, il carattere consensuale o meno del divorzio, il regime degli assegni per il coniuge più debole e così via. La stessa cosa vale per le leggi sull'aborto: entro quale mese?, soltanto negli ospedali pubblici o anche nelle cliniche private?, col consenso del coniuge o no?, soltanto nel caso in cui sia in pericolo la vita del nascituro o anche in relazione alla salute psichica della gestante? Le leggi dei singoli Stati offrono risposte diverse a queste domande. Lo stesso potrà valere anche per le leggi di regolamentazione legale delle droghe, dal momento che l'arco delle proposte è già oggi molto ampio.

In primo luogo esiste un'alternativa riguardo allo statuto del consumatore, ovvero alle modalità di accesso legale:

l'acquirente deve essere fornito di prescrizione medica oppure no? E se sì, saranno soggette a medicalizzazione tutte le droghe oggi proibite o soltanto alcune? La medicalizzazione è generalmente presentata come una fase di passaggio dal sistema proibizionista a quello di legalizzazione, un momento di informazione e prevenzione la cui durata può essere rapportata al grado di consapevolezza acquisita dalla società sui rischi delle nuove droghe ad accesso legale.

L'alternativa è ancora più drastica relativamente allo statuto del commercio: deve essere affidato al mercato e alla sua capacità autoregolativa oppure soggetto a una forma restrittiva di controllo statale, con o senza monopolio? Ad un estremo c'è la risposta libertaria che accomuna i sostenitori del libero mercato e coloro che vedono nella libertà individuale l'unica fonte di diritto per i comportamenti che non provocano danni ad altri. Per questi vale quanto scrive John Stuart Mill nel suo 'Saggio sulla libertà': «Su se stesso, sulla sua mente e sul suo corpo, l'individuo è sovrano». All'altro estremo c'è il controllo totale dello Stato sulla produzione e la vendita di tutte le droghe, accompagnato da criteri selettivi circa la messa in circolazione di questa o quella sostanza.

E' fra questi punti estremi che va trovata la soluzione legislativa migliore per ridurre i danni personali provocati dall'uso o abuso di droghe e per scongiurare le conseguenze sociali della proibizione, rendendo legalmente disponibili per tutti (con l'eccezione dei minorenni) la maggior parte o tutte le sostanze oggi proibite. Qualsiasi soluzione di legalizzazione del mercato avrebbe probabilmente lo stesso effetto sul fronte dell'offerta, facendo cadere drasticamente il prezzo delle droghe, con l'immediata messa fuori gioco delle organizzazioni criminali e la scomparsa della delinquenza indotta. La qualità dei prodotti migliorerebbe largamente, grazie – a seconda delle tesi – ai controlli dello Stato oppure ai meccanismi della concorrenza. Molto più marcate potrebbero essere invece le ripercussioni di una scelta o dell'altra sulla diffusione delle droghe nella società e sulla qualità della vita (in primo luogo la salute) dei consumatori.

LA TESI DEL LIBERO MERCATO

– Il primo e principale teorico di questa soluzione viene considerato l'economista premio Nobel Milton Friedman, che ha iniziato la sua lunga campagna per la legalizzazione del commercio

delle droghe illecite in un articolo comparso su Newsweek il 1° maggio 1972, scritto contro la 'drug war' lanciata dal presidente Richard Nixon. Friedman vi è tornato nel libro, scritto con la moglie Rose, 'La dittatura dello status quo' del 1975, ed è venuto aggiornando la sua teoria ma non a mano che il fallimento pratico, e non solo teorico, del proibizionismo confermava il suo ragionamento. In un articolo pubblicato sul Wall Street Journal quando la 'war on drugs' di George Bush e del suo Zar antidroga William Bennett era al culmine, Friedman riassume così la sua impostazione: «La via che proponete – più polizia, più anni di carcere, azioni militari in Paesi esteri, reclusione per i consumatori di droga e tutta una panoplia di misure repressive – può solo peggiorare una situazione già deteriorata. E' impossibile vincere la guerra alla droga con questo tipo di tattiche senza mettere in pericolo quella libertà umana e individuale che voi ed io amiamo. Non vi sbagliate credendo che le droghe siano un flagello che sta devastando la nostra società. Non vi sbagliate credendo che le droghe stiano dilaniando il nostro tessuto sociale, rovinando la vita di tanti giovani e facendo pagare un alto prezzo ad alcuni dei più diseredati fra noi. Non vi sbagliate credendo che la maggioranza della gente condivida le vostre preoccupazioni. In breve, non vi sbagliate nel fine che vi proponete di raggiungere. Il vostro sbaglio sta nel non riconoscere che le misure da voi proposte sono la causa principale dei mali che deplorate». Quasi tutti gli scritti di Friedman possono tranquillamente entrare nello zaino di qualsiasi sostenitore della legalizzazione, anche del più convinto statalista. Friedman non è mai entrato nei particolari di una legge, anche perché propone semplicemente di applicare ad eroina, cocaina, marijuana e alle altre droghe illecite i criteri regolatori che valgono oggi per gli alcolici. L'unico sviluppo un po' dettagliato della sua proposta lo si trova in un articolo pubblicato dalla rivista americana "Reason" nel 1989: «Una volta legalizzate, le droghe potrebbero essere messe in vendita attraverso i normali circuiti di vendita al dettaglio. Ad esempio, nei drugstore. Non ci dovrebbe essere nessuna tassa o altri controlli sulle droghe. Però dovrebbero esistere delle restrizioni per la vendita ai minori. Quanto alla limitazione sulla pubblicità, mi trovo in imbarazzo su entrambe le posizioni. Rabbrivisco al pensiero di una TV dove una graziosa fanciulla mi dice: "La mia roba ti darà un'ebbrezza come mai hai sperimentato", ma d'altra parte sono sempre stato molto incerto sulle restrizioni della libertà pubblicitaria per ragioni generali di libertà d'espressione. Ma, al di là delle mie esitazioni, non ho dubbi che la legalizza-

zione non sarà possibile senza sostanziali restrizioni alla pubblicità».

Di recente un economista britannico di scuola friedmaniana, Richard Stevenson, ha formulato la proposta free-market fino ad oggi più elaborata:

«In un mercato libero, il commercio delle droghe dovrebbe essere privo di restrizioni speciali, e le droghe dovrebbero essere liberamente acquistabili. A livello di distribuzione le droghe dovrebbero essere vendute nei supermercati, nelle farmacie, in negozi specializzati, oppure in ogni altro normale punto di vendita. Sarebbe il profitto a determinare il modo dominante di commercializzazione. Una gamma di prodotti diversi per qualità e potenza sarebbe offerta in vendita, e i consumatori di droghe farebbero la loro scelta alla stessa maniera in cui i bevitori scelgono fra la birra, il vino o i vari distillati».

Stevenson è convinto che all'interno di un mercato dalle regole ridotte al minimo (ad esempio il divieto di vendita ai minori, e un avviso sui danni alla salute in ogni confezione) sarebbe nell'interesse sia dei consumatori che dei produttori minimizzare le conseguenze indesiderabili dell'uso di droghe; ed è persuaso che si svilupperebbero forme autonome di controllo attraverso "un mercato parallelo dell'informazione". Questo favorirebbe la messa in commercio di nuove droghe, proprio come avviene oggi nel mercato illegale, ma nella direzione esattamente opposta a quella corrente: al posto di droghe sempre più nocive e remunerative, che consentono guadagni rapidi ma delimitano il numero degli acquirenti (come il crack), si svilupperebbe la ricerca su nuovi prodotti che possano garantire i risultati richiesti dagli acquirenti ma in forme di maggior sicurezza. Infatti: «Le aziende non potrebbero restare sul mercato, e tanto meno arricchirsi, se danneggiassero seriamente la salute dei loro clienti».

I sostenitori della tesi del 'libero mercato' – vale a dire: regole ridotte al minimo – non sono contrari all'educazione e alla prevenzione, al contrario: le risorse oggi sottratte dalla repressione potrebbero essere utilizzate a questo fine. Stevenson ha una larga fiducia nell'efficacia dei meccanismi autoregolatori del mercato, anche in un settore così delicato, perché si svilupperebbe un maggiore senso di responsabilità negli individui. Ne ha assai meno nella capacità dei governanti di resistere alle pressioni di chi reclamasse restrizioni e controlli statali sulle dosi e la purezza dei prodotti. Seppure a malincuore ammette che forme più o meno incisive di controlli statali sono inevitabili, almeno analoghe a quelle sugli alcolici e il tabacco. E mette in guardia:

«Il pericolo è che burocrati e politici infarciscano il mercato delle droghe di tali e tante restrizioni da renderlo diseconomico per le aziende rispettose della legge. A meno che non ci sia un autolimitazione dei limiti, gli obiettivi della legalizzazione potrebbero essere messi a rischio. Nell'ipotesi migliore le aziende finirebbero per non avere incentivo all'innovazione, nella peggiore il mercato criminale potrebbe riemergere». E' un ammonimento di cui deve tener conto anche chi, come noi, è favorevole ad una legalizzazione accompagnata da un raggio ampio di interventi dello stato.

IL SISTEMA 'TASSE E CONTROLLI'.

- Tutti i sostenitori della **legalizzazione** credono che la prevenzione e la deterrenza si attuino meglio attraverso l'educazione che la repressione. Il libero mercato è visto come un mezzo per eliminare innanzitutto la violenza e il crimine connessi al proibizionismo, e in secondo luogo per liberare risorse da destinare ai programmi di educazione. Uno dei vantaggi di questa prospettiva è di non asservire la società ad una determinata strategia, che si può rivelare poco efficace, e alla burocrazia che immediatamente vi si legherebbe. Tuttavia il modello cui i sostenitori del libero mercato fanno riferimento, quello dell'industria del vino e degli alcolici, non è molto attraente. E' vero che al posto di Al Capone abbiamo gli innocui signor Gancia o Folonari, e che nessuna forma di criminalità è oggi ricollegabile ai prodotti alcolici. Ma il consumo in sé produce costi per la società e gli individui che forse potrebbero essere ridotti se il profitto non agisse come principale criterio regolatore di questo commercio. Anche nel campo degli psicofarmaci, e delle medicine in generale, le regole di mercato non sono in grado, di per sé, di promuoverne un uso consapevole e di frenarne l'abuso.

Versione prudente del libero mercato, lo schema 'tasse e controlli' si propone di creare progressivamente un mercato legale con cui il mercato nero non possa competere, affidando contemporaneamente allo stato il compito preminente di scoraggiare il consumo delle droghe più "dure" e di garantire assistenza sanitaria ai tossicomani problematici (alcolisti e tabagisti compresi), senza far pagare un costo economico eccessivo all'intera società. I criteri della proposta si possono riassumere così: *legalizzare e tassare le sostanze oggi proibite in funzione della loro nocività e/o del loro mercato, applicare gli stessi criteri alle droghe oggi legali, usare le tasse per l'educazione contro le*

droghe e per sopperire ai costi sociali e medici dell'abuso di droga. Questo comporterebbe una revisione del sistema fiscale in vigore per alcol e tabacco, l'introduzione di una tassa sulla caffeina e su altre sostanze oggi non controllate, e, di fatto, un riesame dell'intera politica sanitaria: ciò al fine di sostituire alla discriminazione giuridica fra droghe legali e illegali una distinzione fiscale imperniata sul danno personale provocato da un uso eccessivo o sbagliato delle varie sostanze.

Oggi gli unici profitti economici prodotti dalla repressione derivano dalla confisca di beni ai trafficanti. Anche la legge 162/90 dispone, adeguandosi al modello dominante sul piano internazionale, che questi beni vengano riutilizzati nella repressione oppure destinati alle comunità terapeutiche. Il meccanismo 'tasse e controlli' crea un ciclo diverso di entrate, nel quale la società può pagare i costi dell'abuso di droga prendendo i fondi dai consumatori in proporzione all'ammontare del loro contributo al problema.

Naturalmente è molto difficile riuscire a calcolare l'ammontare della tassa che dovrebbe colpire ciascuna sostanza per ottenere il duplice risultato di ridurre il consumo senza favorire la nascita di un mercato nero e coprire almeno in parte il suo costo sociale. L'esperienza dimostra che in regime di illegalità ad ogni aumento del prezzo dell'eroina non ha corrisposto un calo significativo del consumo: i tossicodipendenti adeguano le proprie abitudini (delinquenza, prostituzione o spaccio) al prezzo di mercato nero e pagano senza protestare la loro "tariffa del crimine". Al contrario, studi condotti negli Usa hanno rilevato che per ogni aumento del prezzo delle sigarette del 10% c'è stata una diminuzione del consumo del 4%, in particolare per il mancato ingresso nel mercato del tabacco di nuovi consumatori, visto che la nicotina è una delle sostanze che danno maggiore assuefazione. Come ammettono gli stessi autori della proposta può darsi che il problema sia praticamente insolubile, se l'obiettivo è quello di far pagare ai consumatori l'intero ammontare dei costi sociali e medici dell'uso di droghe. Sarebbe d'altra parte illogico ripresentare sotto forma antiproibizionista l'approccio assolutista dei proibizionisti. Quello che è certo è che questo sistema, come ogni altro progetto di legalizzazione, consentirebbe di risparmiare su tutte le spese legate alla repressione e all'amministrazione della giustizia, alla corruzione, al numero elevatissimo di morti per overdose e per Aids, alle conseguenze economiche della delinquenza. In più offrirebbe ai governanti un meccanismo piuttosto elastico per incidere sui consumi e dirotterebbe a beneficio della parte più

sfortunata dei consumatori i profitti legati al mercato delle droghe.

Una proposta di legge radicale, presentata alla Camera dei deputati il 15 dicembre 1988, prevedeva una tassazione più alta per i prodotti più tossici (alcol compreso) anche a scapito di introiti più elevati. Si preferiva così una tassazione disincentivante a un'altra studiata in funzione del ricavo. Con questa proposta, il primo tentativo di tradurre in norme concretamente operative la strategia anti-proibizionista, si volevano perseguire «alcuni ben individuati obiettivi: a) stroncare radicalmente il traffico della droga e l'organizzazione criminale che vi prospera; b) creare condizioni tali per cui non devono più verificarsi atti di violenza sulla popolazione a fini di reperimento di denaro; c) ridurre drasticamente le morti per abuso di droghe e fare fronte alle situazioni di marginalizzazione e di degrado dei tossicodipendenti costretti a condurre esistenze illegali sotto il controllo della criminalità; d) affrontare seriamente la diffusione dell'AIDS che riguarda in Italia per i 2/3 soggetti a rischio tossicomani».

LA TESI DEL COMMERCIO PASSIVO

– E' possibile eliminare dal mercato delle droghe non soltanto i profitti illegali ma anche quelli legali, e di conseguenza avere qualche buona ragione per credere che il consumo, in assenza di incentivi all'offerta, tenda non ad ampliarsi ma a stabilizzarsi se non a diminuire? Lo scenario del 'commercio passivo', delineato dal giurista francese Francis Caballero offre un insieme di soluzioni a questo problema. Il nuovo mercato legale delle droghe non dovrebbe operare sulla base dei principi classici del commercio, che impongono di creare mercato e suscitare la domanda del consumatore per generare sempre nuovi profitti. Anche se ciascuna droga presenta delle caratteristiche particolari che richiedono una regolamentazione specifica, **il commercio passivo** si basa su *alcuni principi comuni: discrezione nell'uso, divieto di propaganda, produzione e distribuzione strettamente controllati.*

Ciò implica la soppressione di qualsiasi pubblicità diretta o indiretta per i prodotti e i luoghi di vendita, l'introduzione di tasse secondo il modello 'tasse e controlli' per imputare ai consumatori stessi il costo sociale derivante dall'abuso di droga, un corpo normativo relativo ai controlli di qualità, prezzo e distribuzione, avvertenze chiare sulla pericolosità del prodotto. Il consumo di droghe in luogo pub-

blico dovrebbe essere punito, come forma indiretta di propaganda, anche se con una semplice contravvenzione pecuniaria. Quanto alla produzione e distribuzione, questa dovrebbe essere gestita in ciascun paese dallo stato in regime di monopolio. Tre le ragioni: perché un regime di concorrenza tende sempre a promuovere il consumo; perché non si vogliono ricreare forme di imperialismo economico fra le multinazionali e i paesi produttori; perché infine soltanto a una agenzia senza fini di lucro si può chiedere di perseguire gli obiettivi del commercio passivo. Vale a dire non incoraggiare, o meglio scoraggiare, il consumo delle droghe e realizzare una certa forma di controllo sociale sull'abuso di droga.

La teoria del commercio passivo si situa, almeno nelle intenzioni del suo ideatore, sulla frontiera più vicina al proibizionismo: «La teoria non ha la vocazione di applicarsi d'un tratto a tutte le droghe illecite. Essa non si può concepire che nel caso che il sistema proibizionista abbia dato prova del suo fallimento. Il commercio passivo segue la proibizione, non la precede. Bisogna in altri termini che gli effetti perversi delle leggi sulla droga siano socialmente più nocivi di quelli delle droghe in se stesse». Nei due anni trascorsi dalla pubblicazione del libro in Francia, Caballero si è comunque convinto che non c'è altro tempo da perdere. Nella relazione al II convegno di Bruxelles del CORA (15-19 gennaio 1991) ha affermato: «Bisogna riconoscere che tutte le proibizioni morali hanno fatto fallimento, una dopo l'altra. Questo è vero per il gioco come per la pornografia, e tutti i sistemi di legalizzazione del gioco e della pornografia si sono rivelati migliori della proibizione. Il diritto non ha il compito di far regnare la morale».

Più in generale l'ambizione della teoria del commercio passivo è di sostituire alla guerra armata alla droga una 'lotta civile contro l'abuso delle droghe'. Ciò comporta una regolamentazione speciale per ciascun prodotto e l'applicazione del commercio passivo anche alle droghe lecite, dai prodotti farmaceutici, al tabacco e all'alcol. Un'obiezione che si potrebbe muovere a questa teoria è di essere talmente restrittiva da apparire una variante liberaleggiante del proibizionismo. Ma non esiste un Testo Unico della Legalizzazione, come non esiste una sola politica proibizionista. Anche certe penalizzazioni in cui possono oggi incorrere fumatori incalliti (sorpresi a fumare in luoghi pubblici) appaiono in qualche misura ricalcate sul modello della guerra alla droga, e non sempre, e non ovunque, la denuncia penale scatta come ultima risorsa possibile.

HARM REDUCTION

– Sappiamo che non è sempre facile integrare la protezione dei diritti civili e la promozione della salute pubblica. D'altra parte il ceto politico e i mass-media non hanno dato fino ad oggi un grande contributo alla ricerca, esaltando gli aspetti spettacolari della guerra alla droga, e strumenti come le comunità terapeutiche, accettati da una porzione molto ridotta dei tossicodipendenti. Si tratta ora, visti i risultati di quella strategia, di intraprendere la strada degli interventi pacifici per la promozione della salute nel rispetto dei diritti individuali. Non siamo all'anno zero, fortunatamente, come dimostrano le esperienze di 'Harm reduction'.

La strategia di 'Harm reduction' (Riduzione dei danni) appartiene alla politica sanitaria. Non è una forma di legalizzazione né di depenalizzazione, anche se richiede un coordinamento tra i servizi sanitari e le forze di polizia. Nelle aree in cui è stata applicata, l'Olanda e la regione di Liverpool in particolare, le leggi scritte proibiscono il consumo di eroina e cocaina e, sebbene la repressione verso i consumatori non sia una priorità politica, la polizia può cambiare atteggiamento, (e lo fa, specie ad Amsterdam) se la microcriminalità o la pressione dell'opinione pubblica superano il "livello di guardia". Il traffico delle droghe illecite resta nelle mani della criminalità, e il livello di delinquenza urbana – anche se inferiore alla media – resta alto. L'esempio olandese, come quello di Liverpool, non è dunque quello di una politica da copiare, ma di un insieme di concetti, strumenti e pratiche che non potranno non essere parte integrante della politica sanitaria sulle droghe nell'ipotesi della legalizzazione.

Già alla metà degli anni Settanta era apparso chiaro che la repressione non aveva interrotto la commercializzazione delle droghe leggere e, ancor meno, delle droghe dure. Anno dopo anno le cifre della droga proibita andavano definendo un nuovo mercato internazionale dalle potenzialità economiche e commerciali paragonabili a quello del petrolio e delle armi. La reazione dei governi e delle agenzie internazionali, come l'ONU, alla novità di questa situazione fu e resta una semplice non reazione, la conferma e la riorganizzazione di tutto l'armamentario repressivo in nome dell'utopia che sta alla base del proibizionismo: l'astinenza. L'aspetto sanitario, nonostante le parolone televisive, rimane sullo sfondo: il problema da risolvere è morale, la medicina è ridotta ad ancella della virtù. L'alternativa era e resta secca: o la malattia (la droga) o guarigione (non più droga). Alla fine degli anni Settanta partono però anche alcuni esperi-

menti che si basano su un presupposto diverso: se non è ancora possibile 'curare' un tossicomane (vale a dire sradicare la sua abitudine), si deve almeno tentare di minimizzare il male che reca a se stesso e al suo ambiente. L'espressione 'riduzione del danno' è stata coniata a Liverpool, in Inghilterra, ma il caso internazionalmente più noto di una politica del genere è quello olandese.

– Amsterdam è stata la prima capitale europea ad adottare una strategia sanitaria globale, come necessario complemento della decisione del governo olandese di depenalizzare il consumo di eroina. Secondo questa politica l'obiettivo di un mondo completamente libero dalle droghe è un'illusione: la società deve imparare a far fronte a una certa quantità di consumo di droghe. Lo dimostra la diffusione del tabacco, dei prodotti alcolici e degli psicofarmaci: il loro status di droghe legali non modifica la realtà dei problemi posti da queste sostanze e delle motivazioni che portano ad usarle, così come non la modifica l'illegalità di altri prodotti. Il concetto di 'normalizzazione', sviluppato in Olanda, significa che la società deve accettare il problema droga come un problema normale e non come un fenomeno anormale e da reprimere. Il successo dell'esperienza di Liverpool ha successivamente indotto le autorità sanitarie olandesi a modificare i vari programmi secondo i criteri dell'Harm-reduction che è una strategia di intervento sociale più coerente e comprensiva.

Gli elementi fondamentali della politica olandese sulla droga furono definiti negli anni fra il 1979 e il 1984 con questi obiettivi:

- acquisire una visione chiara delle ragioni e del carattere del problema eroina, contattando il maggior numero possibile di eroinomani e creando un sistema di registrazione;
- ridurre i rischi dell'uso delle droghe pesanti per tutti i consumatori non (ancora) capaci di o intenzionati a rinunciare alla loro abitudine;
- motivare gli eroinomani a entrare in trattamento senza droga ('drug free') e/o in progetti di risocializzazione;
- trovare forme di cooperazione fra la polizia, il sistema di assistenza e le popolazioni delle zone in cui il problema droga è più grave.

Un gruppo di circa 30 operatori di strada che raggiungono i tossicodipendenti nel loro ambiente, visite regolari di medici e operatori dei centri di trattamento nelle stazioni di polizia (ogni anno circa 2000 tossicodipendenti vi vengono contattati) e un servizio di consegna ambulante del metadone ai tossicomani registrati, realizzato con autobus che

si fermano ogni giorno in sei punti diversi della città, fanno oggi parte integrante del progetto.

Nel 1984, quando la diffusione dell'Aids si rivelò come la minaccia più grave alla salute dei tossicodipendenti (con un 30% di sieropositivi) furono inserite nella politica sulla droga nuove misure col duplice scopo di prevenire un'ulteriore diffusione del virus HIV fra gli utilizzatori di siringhe e di realizzare un buon sistema di cura per gli ammalati di Aids. Strumenti di questa politica sull'Aids sono:

- * disponibilità di preservativi;
- * trattamenti di disintossicazione 'drug free' senza lunga lista di attesa per chiunque voglia smettere;
- * offerta di metadone a chi voglia ridurre o interrompere l'uso di eroina tramite siringa ma non possa ancora rinunciare alla dipendenza da oppiacei;
- * distribuzione di siringhe sterili in cambio di quelle usate (nel 1989 ad Amsterdam sono state diffuse circa 800.000 siringhe in 11 luoghi di consegna, mentre in tutta l'Olanda esistono 125 programmi diversi di scambio siringhe).

Gli obiettivi di base sono stati raggiunti: il numero dei tossicodipendenti si è stabilizzato, mentre in tutti i paesi europei è largamente cresciuto e l'epidemia di Aids è stata frenata. Ad Amsterdam, nel 1989 il numero dei tossicodipendenti è stato stimato fra i 5.000 e i 7.000 (di cui 3.500 sono olandesi, 1.500 di origine etnica - Guyana, Antille, Marocco - e 2.000 provengono da altri paesi europei) contro i 9.000 del 1984; i contatti coprono il 60% dei tossicodipendenti di Amsterdam, e il 75% dei 22-25.000 a livello nazionale; un quarto degli utenti pratica programmi di disintossicazione e il 75% programmi di mantenimento a base di metadone; il numero di morti per overdose in Olanda è uno dei più bassi in Europa (nel 1989 ad Amsterdam sono morti per overdose 14 cittadini olandesi e 28 stranieri provenienti per lo più dalla Germania) ed il dato è in calo dal 1985; l'età media dei tossicodipendenti registrati è salita da 26.4 del 1981 a 31.6 del 1989; la percentuale dei consumatori sotto i 22 anni è scesa nello stesso periodo dal 14.4% al 4.8%; la percentuale di sieropositivi è rimasta stabile al 30% ad Amsterdam e in Olanda la percentuale di tossicodipendenti fra i malati di Aids è appena del 9% (contro il 67,6% in Italia). In particolare gli studi di valutazione dei programmi di distribuzione delle siringhe hanno rilevato che ciò non comportava un aumento nell'uso di eroina e che era diminuita l'abitudine di usare la stessa siringa per più persone.

- Fin dalla metà degli anni Settanta la regione del Mersey è, insieme all'area intorno a Londra (Thames), la parte dell'Inghilterra con il maggior numero di tossicodipendenti. Nel 1989 questo era il tasso di tossicodipendenti registrati per milione di abitanti: NE Thames 394, Mersey 375, NW Thames 287, SE Thames 244. A partire dal 1986 l'Autorità sanitaria regionale del Mersey, l'area di cui Liverpool è la città più importante, ha definito e sviluppato, in collaborazione con le forze di polizia e una parte degli enti locali, la strategia di riduzione del danno verso i consumatori di droghe. In questo modo la politica sanitaria si è affiancata, e in larga misura sostituita alla politica criminale. I precedenti sono la pratica olandese di normalizzazione, che abbiamo già visto, ed esperimenti analoghi condotti a San Francisco negli USA. Le motivazioni e le linee guida di questo programma sono:

- La diffusione del virus HIV e dell'Aids è una minaccia più grave alla salute pubblica dell'uso di droga, e deve essere perciò data priorità ai servizi che mirano a minimizzare i comportamenti che possono indurre il virus;

- I servizi devono massimizzare il contatto con coloro che continuano a usare droghe, e aiutarli a modificare il loro comportamento verso pratiche meno rischiose, adottando la seguente gerarchia di obiettivi:

1. la cessazione dello scambio di siringhe e aghi già usati,
2. il passaggio da droghe che si iniettano a droghe che non si iniettano,
3. la diminuzione nell'uso di droga,
4. l'astinenza;

- Devono essere incoraggiati mutamenti nell'attitudine degli operatori e del pubblico in generale verso l'uso di droga, per ridurre la condizione di marginalità dei consumatori, favorendo il loro contatto coi servizi e la modifica delle loro abitudini più rischiose;

- I servizi devono sperimentare tutta una varietà di approcci e soluzioni, e verificare la loro efficacia.

E' su questa impalcatura concettuale che è stato costruito un sistema di consultori che svolgono funzione di consulenza per un uso più sicuro delle droghe e del sesso e per analisi periodiche sulla sieropositività, servizi di trattamento specialistico, programmi di risocializzazione, unità di intervento nelle prigioni, eccetera. Due sono gli strumenti di primo contatto studiati per realizzare un rapporto costante con gli utenti del sistema: 1) la distribuzione gratuita di siringhe sterili in cambio di quelle usate, in collaborazione con le farmacie, e la di-

istribuzione gratuita di preservativi; 2) la prescrizione gratuita delle sostanze stupefacenti, generalmente il metadone per via orale, ma anche, in via sperimentale, il metadone da fumare, l'eroina, la cocaina, le amfetamine. In particolare il mantenimento a base di metadone è usato per "stabilizzare" i tossicodipendenti da oppiacei, vale a dire allontanarli dal mondo degli spacciatori, ridurre l'attività delinquenziale e i rischi di incarcerazione, migliorarne lo stato di salute, prevenire l'aumento dei consumi.

Funziona questo complesso meccanismo? Innanzitutto il fenomeno del mercato grigio, che pure esiste, non è rilevante.

Rispetto alla prevenzione dell'Aids il successo è andato oltre ogni previsione. Abbiamo visto che l'area di Mersey è la seconda in Inghilterra per numero di tossicodipendenti. La graduatoria relativa alla diffusione della sieropositività è completamente diversa. Se i tre distretti di Londra restano al vertice anche per la diffusione del virus HIV, il Mersey è al tredicesimo posto su quattordici, precedendo il W Midlands, dove il tasso di tossicodipendenti per milione è molto più basso, 54. Il Mersey è largamente primo nella graduatoria sul rapporto fra sieropositivi e tossicodipendenti che è di 1 a 60 nel Mersey, mentre la seconda area in graduatoria, il SW Thames, registra un rapporto di 1 a 17. A Milano il rapporto è di 1 sieropositivo ogni 1,4 tossicodipendenti. Difficile trovare cifre più eloquenti. Inoltre il Mersey è l'unica area del paese che ha visto costantemente decrescere, negli ultimi quattro anni, il numero dei crimini (furti, scippi e rapine) legati alle leggi sulla droga.



TERAPIA DELLE TOSSICODIPENDENZE: LA SELETTIVITA' DEL SISTEMA DI INTERVENTO

di Riccardo C. Gatti

Coordinatore N.O.T U.S.S.L. 76 (Rozzano-MI)

Chi non si fa curare

Perché molti tossicodipendenti non si rivolgono alle unità di offerta per essere aiutati? Come mai si stima che per ogni tossicodipendente in terapia altri tre-quattro mai si rivolgeranno al sistema di intervento?

Non ho molta fiducia di questo tipo di dati e mi chiedo come si possa fare a contare chi non si è mai rivolto a nessuno. Negli ultimi tempi assistiamo ad un aumento della domanda di terapia: si tratta di maggior fiducia nei centri di trattamento oppure è aumentato il numero di tossicodipendenti? Resta comunque il fatto che una certa percentuale di tossicomani sta al di fuori del sistema di intervento terapeutico. Senza l'ambizione di scoprire nuove verità cercherò di trovare alcune ragioni per questo fatto.

La necessità di sintetizzare e divulgare concetti molto complessi in spazi inevitabilmente limitati porta a semplificazioni che ad alcuni potrebbero sembrare qualunquistiche e ad altri provocatorie. Mi scuso in anticipo con il lettore. La mia intenzione è soltanto di esplorare quelli che credo essere grossi limiti dell'attuale sistema di intervento sulle tossicodipendenze proponendo, se possibile, dei rimedi.

Per farsi curare bisogna diventare malati

Normalmente si tratta di tossicodipendenza come se si parlasse di una patologia e ci si riferisce al tossicodipendente come di una persona che se non è malata lo diventerà.

Ma la tossicodipendenza è davvero una patologia? Dal punto di vista psicodinamico c'è chi la considera una "regressione" (ad un piacere parziale). Sino a che punto questo tipo di regressione non è un normale meccanismo di costruzione della nostra esistenza?

Altri considerano l'abuso di sostanze una patologia in quanto alterare volontariamente il proprio stato di coscienza deve per forza sottointendere un patologico rapporto con il se' e con il mondo. Ma quanti alterano quotidianamente senza bisogno di sostanze ma altrettanto volontariamente il loro rapporto con la realta' assumendo identita' e maschere non certo meno impermeabili e pesanti?

Non vorrei essere banale ma molti tossicodipendenti non si rivolgono a servizi che offrono terapia perche' non si sentono e, probabilmente, non sono malati. Se la nostra societa' cade nella ambiguita' di poter considerare un atteggiamento come fatto da curare e da sanzionare contemporaneamente, ponendo come alternativa alla sanzione la terapia (o viceversa) puo' anche essere che molti tossicodipendenti accettino di riconoscersi malati per non essere puniti ma non e' detto che accettino anche di guarire.

Evidentemente per guarire bisogna percepirsi malati e molte persone che abusano di droghe non si considerano tali. D'altra parte mi sembra molto "ideologico" affermare che la tossicodipendenza e' sintomo di un disagio psicologico piu' profondo. Come in altre situazioni si puo' anche arrivare ad una terapia psicologica per prendere tempo evitando di assumere responsabilita' e decisioni ed e' facile creare connivenza tra un terapeuta che deve giustificare il suo operato in una ricerca nell'inconscio ed un paziente (o definito tale) che ha i suoi buoni motivi perche' si cerchi nell'inconscio all'infinito.

Così, talvolta, tra terapeuta e paziente si gioca a rimpiazzino con reciproca giustificazione. Alcuni tossicomani non ritengono di avere problemi psicologici e, contemporaneamente, non vogliono giocare a questo gioco. Costoro non si rivolgeranno a servizi ad impostazione psicologica. Si tratta di "resistenze" o di atteggiamenti coerenti?

Il discorso non cambia per le terapie farmacologiche. I tossicodipendenti spesso hanno bisogno della loro droga, non di medicinali. Alcuni operatori cercano "agganci": li blandiscono con trattamenti farmacologici a lungo termine per trasformarli in pazienti e/o per non farli "ricadere". Il fenomeno del mercato nero di farmaci e metadone illegale e', talvolta, una risposta corretta ad una offerta sbagliata.

Con i medici il rapporto e' spesso conflittuale e basato su di una ambiguita' di base. Il medico non puo' curare la tossicodipendenza ma solo i suoi effetti collaterali, le patologie che ne derivano o

quelle che l'affiancano. Invece, spesso, il contratto terapeutico (esplicitato o implicito) riguarda proprio la terapia della tossicodipendenza. Il medico, cioe', finge (o spera) che l'atteggiamento tossicomano sia una malattia alla portata dei suoi farmaci ed il tossicomane sta al gioco. Per questo molte terapie mediche non funzionano ed i rapporti, presto o tardi, diventano tesi.

Il paziente impara a far diventare l'armamentario del medico parte della sua patologia. Abusera' di farmaci e di droga insieme.

Molti tossicodipendenti che non desiderano "fare i malati" devono allontanarsi da alcuni servizi. Paradossalmente, questo, potrebbe essere un indizio di sanita' dei presupposti pazienti e di patologia dei presupposti terapeuti e del loro sistema di intervento. Si ha talvolta la sensazione che un certo tipo di operatori preferiscano un "malato istituzionalizzato" piuttosto che un "drogato sano". So che la mia affermazione suona come una provocazione ma se si considera che un terapeuta nell'esercizio delle sue funzioni deve far terapia per giustificare il suo ruolo e' evidente che preferisca trattare con malati piuttosto che con sani.

La patologia si diagnostica o si sceglie?

I terapeuti sanno riconoscere la patologia quando c'e'? Propongono le terapie adatte e motivano il paziente povero di insight al trattamento riuscendo anche a rendersi conto di quando, invece, non c'e' patologia e, quindi, necessita' di terapia? Su questo punto avrei seri dubbi.

Il fatto stesso che molti servizi abbiano modalita' abbastanza rigide di intervento (anche se ben mascherate da procedure per... arrivare ad un trattamento che dovrebbe essere individualizzato) e' indizio a favore della mia perplessita'.

La sensazione e' che ogni unita' di offerta crei una griglia a monte degli interventi terapeutici. La griglia deve riuscire a selezionare l'utente che rientra nell'immagine di tossicodipendenza che hanno gli operatori di quel servizio rispetto alle proprie capacita' di intervento.

La griglia serve ad impedire che l'operatore r si trovi a contatto con situazioni che potrebbero provocare una discussione delle proprie certezze e del proprio ruolo: serve, cioe', a mascherare la realta' per favorire l'operativita' del servizio.

Le griglie sono piu' rigide per le comunita' terapeutiche perche' li' gli operatori sono piu' omogenei:

accettano l'impostazione di quella comunita' e vi si riconoscono. Tendono a condividere una interpretazione univoca del fenomeno e del suo trattamento.

Nei servizi pubblici questo avviene di meno perche' la modalita' di assunzione a concorso e la presenza di diverse figure professionali porta alla impossibilita' di un modello univoco. Il servizio pubblico si struttura, cioe', attorno ad un modello meno stabile che e' necessariamente fatto da una composizione di diverse esigenze spesso nemmeno esplicitate completamente e che debbono, forzatamente, convivere. Questo tipo di unita' di offerta e' meno selettiva ma anche meno incisiva e piu' dispersiva della comunita'.

Tuttavia proprio la minore esplicitazione di regole fa si che la potenzialita' di minor selettivita' non venga sfruttata completamente.

Spesso sono gli operatori stessi che lanciano messaggi ambivalenti o addirittura paradossali perseguendo la finalita' di un lavoro di equipe che esiste nelle intenzioni generali ma, nei casi peggiori, puo' anche non vedere una concordia di fondo sugli obiettivi da raggiungere.

Perversione e penitenza

Qualunque malato (non tossicomane) non accetterebbe le regole per entrare in terapia che vengono poste al tossicodipendente. Il sistema sanitario, in generale, mi sembra vessatorio nei confronti di tutti i pazienti ma nel trattamento dei drogati raggiunge vertici di perversione veramente alti.

Per essere curato il tossicomane deve assumere l'identita' di malato che, tuttavia, viene prima proposta e poi rifiutata dallo stesso sistema terapeutico. Di conseguenza per "salvarsi" (questo termine e' spesso usato non a caso) deve compiere un percorso di purificazione che ha a che fare piu' con la colpa che con la patologia.

Un esempio di questa situazione e' verificabile proprio nel tempio del sistema sanitario: l'ospedale. In molti ospedali il tossicomane non e' voluto: viene sentito come un corpo estraneo in quanto ritenuto colpevole della sua patologia. La conseguenza e' che nessun reparto e' strutturato adeguatamente per accoglierlo.

La necessita' di organizzare sezioni per chi abbia bisogno di un approccio corretto in regime di ricovero con personale adeguatamente preparato non viene considerata.

La motivazione: "il tossicodipendente non va discriminato!" Di fatto l'ospedale tende ad accettare

qualunque tipo di patologia, salvo questa. Addirittura gli alcoolisti godono di alcuni reparti ad hoc per le loro esigenze...ma l'alcool fa parte della nostra cultura.

I trattamenti psicologici ambulatoriali, d'altra parte, esigono setting rigidi sugli orari, sulla partecipazione, sull' "andare non alterati da sostanze" che sembrerebbero costruiti per altri tipi di patologia. Il tossicomane e', forse, l'unico paziente che per essere veramente curato deve accettare l'identita' di malato riuscendo contemporaneamente a risolvere gran parte dei suoi sintomi PRIMA che la cura incominci.

L'accesso ad alcune ben note comunita' terapeutiche da proprio il senso del pellegrinaggio, della penitenza, della necessita' di fede e speranza per la salvezza piu' che dell'intervento terapeutico o riabilitativo. Si aspetta di essere accettati senza sapere quando e perche', talvolta anche da chi. Alcuni operatori danno messaggi contrastanti.

Chi resiste, da solo o con la famiglia, chi continua ad andare alle riunioni, agli incontri senza assumere droghe o comportarsi da tossicomane, un giorno verra' premiato ed ammesso al trattamento. La figura di certi responsabili di comunita' e' a meta' tra quella del chirurgo e quella del sacerdote. Come il chirurgo, asportera' il male rendendo l'individuo sano; ma, come il sacerdote, sara' garante di una liturgia che verra' celebrata nella fede della comunita'.

L'ingresso in trattamento residenziale coincidera' con la accettazione di una "regola" rigida e con la rinuncia almeno parziale al contatto con il mondo.

Chi non accetta le regole sta fuori

Come si vede non e' molto facile convivere da tossicomani con il sistema di intervento per le tossicodipendenze ed e' anche per questi motivi che molte persone, che pur ne avrebbero bisogno, ne rimangono lontane fin che possono. Anzi, esistono anche altri motivi di selezione della utenza che sino ad ora non ho espresso.

Chi accetta di dichiararsi tossicomane e di chiedere terapia al servizio pubblico deve, di fatto, far pubblica ammissione della sua situazione. I servizi hanno, infatti, competenze zonali. Questo significa che, generalmente, non si e' presi in trattamento al di fuori della propria zona di residenza. Chiunque

conosce dove si trova la sede di un servizio pubblico per le tossicodipendenze.

Frequentarla assiduamente significa essere individuati (o dover convivere con questa possibilita') specialmente quando la sede non si colloca assieme ad altri servizi ma e' isolata, ha un proprio ingresso e non si apre in una via di una grande citta'. Il rischio, anche solo teorico, di individuazione pone tutta una serie di persone nella impossibilita' pratica di frequentarla (es. dipendenti pubblici o soggetti direttamente a contatto con il pubblico della zona o che sono pubblicamente conosciuti).

All'interno dei servizi ambulatoriali, (anche quelli che ricevono per appuntamento), normalmente non esistono sale di attesa riservate. Chi aspetta una visita o un colloquio puo' incontrare il proprio vicino di casa, il negoziante all'angolo o, comunque, una persona che non vorrebbe incontrare. In certi orari, in alcune unita' di offerta, si possono addirittura incrociare i Vigili Urbani... Anche uno spacciatore che frequenti assiduamente un servizio viene messo nella condizione di conoscere soggetti che non si erano mai serviti da lui.

Una persona in buone condizioni economiche e professionali, non nota come tossicodipendente, potrebbe anche essere ricattata da soggetti senza scrupoli venuti a conoscenza della sua situazione.

Se non si e' "tossicodipendenti noti", quindi, frequentare un servizio pubblico puo' dare svantaggi non indifferenti. Questi svantaggi, al di la' della professionalita' degli operatori e della serietà degli interventi, possono diventare un forte incentivo a "stare alla larga" dal sistema di intervento.

Chi non accetta "la regola" deve star fuori. Ma perche' proporre come regola la accettazione della mancanza di riservatezza proprio per una situazione che maggiormente di altre la richiederebbe ?

La fortuna aiuta gli audaci

Tutta questa selezione, comunque, serve. Una comunita' terapeutica che accetti chiunque subito, difficilmente riesce a strutturare programmi di livello dovendo far convivere soggetti troppo eterogenei. Un servizio pubblico, allo stesso modo, possiede risorse per certi tipi di casi ma e' difficile che abbia capacita' per trattare nel migliore dei modi qualunque tipo di situazione si presenti.

Il problema e' che il tossicomane non e' messo nella condizione di essere indirizzato all'intervento a lui piu' adatto. Difficilmente una qualsiasi struttura del settore lo rifiutera' inviandolo consapevolmente

altrove, specialmente quando si trovasse a verificare la sua motivazione al trattamento.

Ma quale trattamento?

Con quale finalita'?

- L'astinenza dalle sostanze di abuso?
- La salute fisica?
- La rieducazione morale e sociale?
- L'uscita da una nevrosi?
- Lo scioglimento di nodi famigliari che lo vedono vittima e/o persecutore?
- La restituzione della patente di guida?
- L'accordo con la moglie?
- Il recupero di responsabilita' nei confronti dei figli?
- La riabilitazione sociale?
- Tutte queste finalita' assieme o solo alcune?

Se il tossicodipendente premiato per la sua audacia nell'affrontare un sistema cosi' selettivo incontrera', casualmente, gli operatori ed il servizio adatto al suo bisogno, probabilmente il trattamento si concludera' con reciproca soddisfazione. In caso contrario le griglie filtro di cui ho parlato cercheranno di riportarlo al di fuori del sistema di intervento. Se sara' tenace dovra' tentare un'altra porta di accesso e un'altra ancora lottando contro i suoi stessi sintomi e sperando di avere piu' fortuna.

Conclusioni

Con questo articolo mi interessava esplicitare alcuni problemi che riepiloghero' sinteticamente:

- 1) La definizione di terapia della tossicodipendenza e' ambigua: su questa ambiguita' si e' costruito un sistema di intervento che risponde ad innumerevoli esigenze personali e sociali diverse e che possono anche non avere nulla a che fare con la terapia di una patologia.
- 2) Il sistema di intervento e' molto selettivo perche' deve riuscire a scremare le domande piu' diverse per accogliere solo quelle piu' congrue per ogni singola unita' di offerta.
- 3) La selezione che viene effettuata allontana molte persone e per motivi diversi dal sistema di intervento. Tuttavia le varie unita' di offerta non possono rinunciare alla selezione della utenza pena la perdita della loro funzionalita'.

4) Per il servizio privato comunitario la selezione e' troppo spesso basata sulla motivazione (se il tossicomane supera le attivita' di filtro viene accettato) ma questo fatto e' estremamente destrutturante per chi non riesce a superare un filtro o per chi, avendolo superato, si accorgera' che il tipo di trattamento intrapreso non era adatto.

5) Il servizio pubblico, essendo un servizio di base, non dovrebbe, fare selezioni pesanti. In realta la sua collocazione fisica e' talvolta gia' un grossissimo filtro. Gli orari, i setting, la formazione degli operatori, la mancanza di riservatezza, fanno il resto.

7) I punti precedenti sono di per se' una valida spiegazione del motivo per cui molti tossicomani non si rivolgeranno mai al sistema di intervento. Fino a che i tossicomani con cui si riesce ad instaurare un rapporto teso al "cambiamento" saranno molti di meno di quelli con cui non si instaurera' alcun contatto, le tossicodipendenze potranno continuare ad avere una diffusione epidemica.

8) Non e' tanto necessario rendere le singole unita' di offerta meno selettive (anche perche' in molti casi diventerebbero inefficienti) quanto riuscire a ridurre i tentativi di accesso al sistema attraverso strade non compatibili con la situazione del singolo tossicodipendente con conseguente aumento delle possibilita' di fallimento dell'intervento.

Si devono pertanto attuare una serie complessa di iniziative quali:

I) Migliorare le capacita' diagnostiche e culturali degli operatori affinche' siano in grado di indirizzare il tossicomane che loro si rivolge al trattamento piu' opportuno nel piu' breve tempo possibile costruendo, eventualmente, reti "locali" di intervento dove effettivamente le singole unita' di offerta siano intercomunicanti ed abbiano una accettazione comune condividendo risorse organizzative e professionali;

II) Differenziare maggiormente le unita' di offerta affinche' la rete locale non sia affetta dal solito dualismo ambulatorio/comunita'.

Vanno previste attivita' intermedie di secondo livello anche coinvolgendo l'ospedale, creando gruppi di auto aiuto e convenzionandosi con professionisti;

III) Aumentare la riservatezza dell'intervento: una accettazione comune non significa un grande

ambulatorio pieno di tossicodipendenti e di operatori! Esistono modi di entrare in contatto che possono essere molto riservati: il telefono per esempio. Non e' necessario che gli appuntamenti vengano fissati in un luogo facilmente individuabile e che tutti i tossicodipendenti siano convocati nel medesimo posto. Le sale di attesa in comune possono essere eliminate.

Vanno tenuti presenti alcuni fatti:

a) Una ristrutturazione del sistema di intervento in questo senso non richiede necessariamente piu' soldi ma obbliga ad una migliore programmazione;

b) La rete locale con accettazione comune e condivisione delle risorse non implica necessariamente che tutte le unita' di offerta debbano essere fisicamente allocate nel medesimo territorio e nemmeno che siano amministrate dal medesimo ente;

c) Va tenuto presente che unita' di offerta diverse, pubbliche o private che siano, non collaborano automaticamente e per principio.

Questo accade specialmente quando vuoti di potere istituzionale consentono lotte periferiche per l'accaparramento di risorse in mancanza di programmazione centrale e di precise definizioni dei reciproci ruoli.

Tutti i sistemi istituzionali tendono a potenziare se stessi. Se abbiamo piu' a cuore i destini delle strutture che delle persone per cui sono state costruite l'unica nostra preoccupazione deve essere quella di continuare a potenziarle.

Se, viceversa, il nostro problema e' cercare di far si che il maggior numero possibile di tossicodipendenti abbandoni il suo stile di vita allora dobbiamo anche porre in discussione la nostra offerta di trattamento. Quella attuale e' troppo selettiva.

Essere meno selettivi non significa avere dei servizi piu' approssimativi ma far si che le modalita' e gli "stili" di accesso ai trattamenti rispondano ad esigenze molto diverse.

A questo punto, pero', il trattamento non puo' essere deciso in dipendenza di fattori casuali o della sola "motivazione". Occorre che si affini una capacita' diagnostica che permetta di indirizzare il paziente col minor margine di errore possibile al tipo di trattamento piu' adatto per lui, indipendentemente dal tipo di operatore o di struttura che accoglie la sua prima domanda.

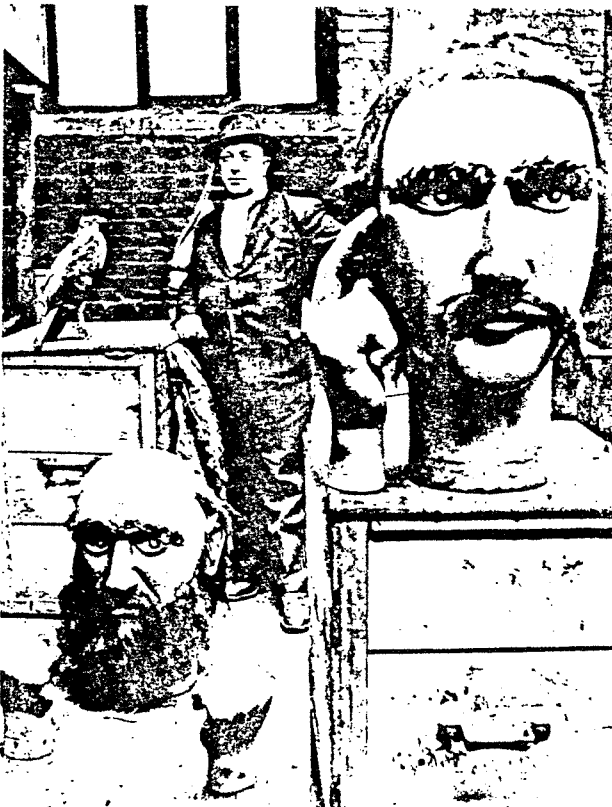
Si sottointende, a questo punto, una sinergia tra strutture diverse e tra diverse figure professionali e non che attualmente non esiste.

Evidentemente sara' necessario lavorare nei prossimi anni per la creazione di un linguaggio ed una cultura comuni che siano la base per un reciproco scambio di esperienze tra chi opera in questo settore.

Purtroppo al linguaggio ed alla cultura in comune si oppongono una serie di interessi commerciali e di potere che potrebbero anche far si che la terapia e la riabilitazione della tossicodipendenza siano solo una delle tante finalita' del sistema di intervento e, magari, nemmeno quella piu' importante.

Effettivamente c'e' bisogno di maggior chiarezza e di una maggior capacita' di programmazione e controllo da parte di uno Stato che a livello politico-gestionale stenta ad assumersi proprie responsabilita'. A questo proposito ricordo anche che il livello preventivo continua ad essere pesantemente sacrificato rispetto a quello terapeutico-riabilitativo ed anche rispetto a quello repressivo.

Se si riuscisse a lavorare di piu' e meglio a livello di prevenzione, forse, si avrebbe anche meno bisogno di un sofisticato (e costoso) sistema terapeutico.



4 File : METADONE.TXT

IL METADONE

di Riccardo C. Gatti
Medico Coordinatore SERT
Servizio Tossicodipendenze
U.S.S.L. 76 - Rozzano (MI)

Si ricorda che per lo stesso mezzo con cui l'articolo e' divulgato l'autore non ha alcun modo di controllare che all'utente fidonet arrivi il testo originariamente inviato alle bbs:

@ TelSiBioc 2:331/307

@ Infomed 2:331/325

Premessa

All'inizio degli anni 80 subito dopo i "decreti Aniasi" il metadone ebbe una discreta popolarita' anche sulla stampa. Molte persone maturarono la convinzione che fosse un mezzo di "salvezza" per il tossicodipendente.

Questa sostanza sostitutiva fu, cioe', vista come LA CURA della eroinopatia e, di conseguenza, molti tossicodipendenti e le loro famiglie la pretesero anche come un "DIRITTO" di chi essendo in una determinata condizione doveva godere di un intervento particolare dello Stato.

I Servizi di quei tempi, abbastanza pochi e con poco personale, affrontarono una "ondata di piena" non indifferente da cui, non di rado, furono travolti. Il metadone fu dato, forse, troppo o troppo indiscriminatamente sino al punto che qualcuno incomincio' a pensare che i Servizi per le tossicodipendenze potessero essere all'origine di nuove cronicita' assistite.

Addirittura nella seconda meta' degli anni '80 una espressione corrente per significare quanto il Servizio Pubblico non funzionasse era "BAR METADONICO".

Nel frattempo, pero', qualcosa andava cambiando soprattutto nelle regioni settentrionali d'Italia. Complessivamente i nuovi servizi tossicodipendenze utilizzavano sempre meno metadone man mano che si dotavano di personale e di capacita' per affrontare la tossicodipendenza in modo diverso.

Alcuni operatori incominciavano a sostenere che i farmaci sostitutivi non erano uno strumento corretto per la terapia della tossicodipendenza.

Negli ultimi tempi si e' nuovamente ritornati a parlare di metadone come "strumento fondamentale" nell'intervento sui tossicodipendenti da eroina. Cio' avviene solo poco dopo che un decreto del Ministro della Sanita' sembrerebbe, invece, dare un indirizzo verso un uso piu' limitato allo "stretto necessario" per garantire una disassuefazione in presenza di un fallimento di altri trattamenti precedenti.

Che accade dunque?

Come mai piu' di dieci anni di esperienza nazionale non sono serviti a maturare una opinione comunemente condivisa ?

La scienza, l'ideologia, gli effetti speciali

Esistono alcuni schieramenti di persone contrapposte tra coloro che hanno a che fare con il campo del trattamento dei tossicodipendenti a proposito del metadone:

1 – Un primo gruppo e' composto da chi dice che il trattamento sostitutivo:

sarebbe efficace nel tempo almeno quanto qualsiasi altro tipo di trattamento per la terapia della tossicodipendenza ma in compenso costerebbe decisamente di meno essendo, inoltre, piu' gradito ai pazienti (con dosaggio e' adeguato)

diminuirebbe il rischio di overdose e di incidenti

eviterebbe quei comportamenti che sono connessi allo scambio di siringhe prevenendo la diffusione dell' HIV

non obbligherebbe il paziente in uno stato permanente di alterazione mentale perche' il metadone, producendo tolleranza, dopo un certo periodo, non avrebbe piu' un effetto narcotico

non avrebbe effetti tossici o collaterali di particolare rilievo

permetterebbe di instaurare rapporti corretti di ulteriore intervento o appoggio evitando, al tossicodipendente, l'assillo della ricerca della droga

2 – Un secondo gruppo e' composto da chi afferma che quanto sopra puo' essere considerato vero solo in parte in quanto il trattamento sostitutivo:

potrebbe essere efficace ma solo se accompagnato da un progetto complessivo significativo per il paziente e per l'operatore;

comunque il paziente andrebbe sempre selezionato non essendo il metadone adatto a tutti i soggetti (nel caso di somministrazione ad un soggetto non adatto, cioe', la dipendenza anziche' essere affrontata sarebbe prolungata all'infinito)

non diminuirebbe il rischio per la salute e la vita del tossicodipendente, contribuendo, anzi, a pericolose situazioni quando il soggetto assumesse anche alcool – psicofarmaci e altre sostanze

non diminuirebbe la diffusione di HIV in quanto i soggetti entrerebbero in terapia solo dopo un certo periodo di tossicodipendenza da eroina (ed in quel periodo contrarebbero e diffonderebbero l'infezione); inoltre chi metterebbe in trattamento metadonico ad alto dosaggio un soggetto giovane che utilizza eroina da poco e, magari, saltuariamente ?

verrebbe ad aggiungersi pericolosamente ad altri abusi nel momento in cui il soggetto volesse procurarsi uno stato di alterazione mentale (non piu' dato dal metadone a mantenimento e desiderato dal soggetto proprio in quanto tossicodipendente)

potrebbe avere (per la somministrazione in cronico di una sostanza psicoattiva) effetti sui delicati equilibri del sistema nervoso centrale (che se non sono misurabili non e' detto che non ci siano)

viziarebbe il rapporto con i terapeuti migliorandone la compliance solo in relazione alla loro disponibilita' a fornire la sostanza

3 – Un terzo gruppo sostiene che il trattamento sostitutivo non sarebbe un intervento terapeutico e/o riabilitativo su uno stato di tossicodipendenza e quindi non dovrebbe essere proposto in un servizio che "vuol far terapia" e che propone una situazione di cambiamento (e non di mantenimento) rispetto ad uno stato di dipendenza da una sostanza che non puo' e non deve essere sostituita da un'altra.

Come si vede da questa esposizione (evidentemente semplificata per ovvie ragioni di chiarezza) le posizioni non sembrerebbero affatto conciliabili articolandosi, ciascuna di queste, su nuclei propri di pensiero e di azione terapeutica.

Come se non bastasse in questo confuso panorama incominciano a comparire gli oltranzisti: quelli che affermano che "TUTTO CIO' CHE IO SOSTENGO E' SCIENZA ... IL RESTO E' IDEOLOGIA !". Qualche perplessita' nasce specialmente nei confronti di chi riesce a maturare convinzioni senza essersi mai occupato dell'intervento clinico diretto.

A mio parere, comunque, lo "stato dell'arte" sull'utilizzo del metadone e' molto meno chiaro di quanto dovrebbe essere ed e' per questo motivo che il dibattito si trascina da anni e ricompare ogni volta che il sistema di intervento cerca un riassetto dovuto a sue ristrutturazioni. Se il percorso del dibattito seguirà gli attuali indirizzi, ... nei prossimi anni non verterà fatta ulteriore chiarezza. Infatti il problema dell'utilizzo di uno strumento terapeutico e della sua efficacia non e' affrontabile così come ora lo si affronta.

Per verificare l'efficacia di un trattamento bisognerebbe innanzitutto avere uno strumento preciso di diagnosi:

NON POSSIAMO INFATTI GIUDICARE DELLA EFFICACIA DI UNO STRUMENTO TERAPEUTICO SE NON ABBIAMO CHIARO SU QUALE PATOLOGIA LO ANDIAMO AD APPLICARE.

IL FATTO CHE ESISTANO STUDI CHE AFFERMANO COME, A DISTANZA DI ANNI, I PAZIENTI SOTTOPOSTI A DIVERSI TIPI DI TRATTAMENTO ABBIANO AVUTO IL MEDESIMO RISULTATO DI ASTINENZA DALLA TOSSICODIPENDENZA NON PROVA AFFATTO CHE TUTTI QUEI TRATTAMENTI SIANO EGUALMENTE EFFICACI.

POTREBBE ESSERE ANCHE, ad esempio, CHE TUTTI QUEI TRATTAMENTI SIANO ASSOLUTAMENTE INEFFICACI (E CHE LA PERCENTUALE DI GUARITI SIA ANALOGA A QUELLA DI CHI SPONTANEAMENTE GUARISCE senza alcun intervento).

Per essere sicuri della efficacia di un trattamento bisognerebbe dunque avere una diagnosi precisa di patologia (per esempio un certo tipo di tumore) e

su questa patologia applicare random diversi tipi di protocollo terapeutico ben definito.

Bisognerebbe anche assegnare, sempre a caso, un certo gruppo di pazienti alla "non terapia" con placebo e, a questo punto, con una casistica sufficientemente grande si potrebbe dare una certa attendibilità ad una valutazione nel tempo di quel trattamento ma sempre e comunque solo in termini statistici.

Studi controllati di questo genere nell'ambito della tossicodipendenza non esistono, tra l'altro, per un motivo molto semplice: nessuno ha ancora elaborato categorie diagnostiche comunemente ed internazionalmente accettate che definiscano la tossicodipendenza in modo chiaro.

La tossicodipendenza non e' misurabile (o non ci siamo dati strumenti per farlo) e, probabilmente, più spesso di quanto alcuni colleghi possano credere, non e' una patologia e, forse, nemmeno un sintomo (se la consideriamo come un comportamento e non come una malattia). Come e' possibile, quindi definire la efficacia di una terapia quando questa in effetti SPESSO NON E' UNA VERA E PROPRIA TERAPIA MA UN COMPORTAMENTO CHE LA SOCIETA' CONCORDA NEI CONFRONTI DI UN ALTRO COMPORTAMENTO CHE VUOLE CONTRASTARE?

Strategie di sanità pubblica e approccio terapeutico

Se il dibattito sul metadone non si e' ancora risolto (e forse non si risolverà mai) e' anche perché si tende a confondere la "STRATEGIA DI SANITA' PUBBLICA" con "L'APPROCCIO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO".

Chi vede i problemi dal punto di vista della Sanità Pubblica (ed anche della sicurezza sociale) ha probabilmente ragione a sostenere che dare metadone agli eroinomani risolve alcuni problemi:

mandare in una Comunità un soggetto o sottoporlo ad un intervento psico-sociale complesso costa senza dubbio di più che dargli il metadone

anche autorevoli organizzazioni internazionali si esprimono a favore della prevenzione della diffusione dell'A.I.D.S. per mezzo di interventi sostitutivi

una persona in trattamento metadonico e' comunque un soggetto sotto controllo anche (e non solo) dal punto di vista sanitario

Un comportamento coerente di sanita' pubblica potrebbe quindi essere quello di inserire il maggior numero possibile di eroinomani in trattamenti metadonici. In questo caso pero' dovrebbe essere sufficientemente chiaro che in si tratterebbe DI UNA SCELTA GLOBALE CONNESSA A UN INTERESSE GENERALE DI SALUTE PUBBLICA CONSIDERATO PRIORITARIO RISPETTO ALLA ESIGENZA DEL SINGOLO.

A questa stregua, secondo me, andrebbero valutate con pari dignita' tutte quelle azioni sociali che decidono della proibizione o della obbligatorieta' di comportamenti personali a favore della collettivita'. Nello stesso campo di intervento potrebbe essere collocata la scelta di legalizzare, o di liberalizzare, l'uso di sostanze attualmente illegali.

Non e' detto, inoltre, che i comportamenti di sanita' pubblica e sicurezza sociale debbano per forza avere a che fare direttamente con la salute del singolo cittadino. Nel momento in cui, ad esempio, si decidesse di legalizzare l'eroina questa scelta potrebbe avere come motivazione principale quella di "dare un duro colpo alle associazioni criminali".

D'altra parte chi auspica un maggior utilizzo del metadone in Italia spesso si riferisce a studi statunitensi ma non considera che negli Stati Uniti difficilmente si danno trattamenti a "bassa soglia"(1) e a mantenimento di metadone a chi appartiene a classi sociali elevate. Perche' ? E' soltanto un problema di costi (e di assicurazioni che li rimborsano) o e' anche una questione di efficacia?

Gli interessi di sanita' pubblica, quindi, hanno percorsi che possono essere anche molto diversi da quelli che vanno esplorati nel rapporto terapeutico individualizzato. La sanita' pubblica sceglie secondo criteri di opportunita' generale, il terapeuta decide caso per caso.

La scienza e la coscienza

Quando un terapeuta prende una decisione lo dovrebbe fare in scienza e coscienza e, quindi, assumendo anche un grosso carico di responsabilita' nei confronti non solo di quanto sa ma anche delle sue convinzioni etiche.

Purtroppo c'e' una certa tendenza storica a utilizzare la sanita' pubblica per imporre scelte spacciate per terapeutiche perche' questo permette controllo e consolidamento di potere.

Quando esiste troppa intersezione tra le scelte ed i comportamenti di sanita' pubblica ed il rapporto individuale tra terapeuta e paziente si e' probabilmente in periodi di repressione politica oppure si sta tentando di utilizzare impropriamente la terapia e, in generale, la clinica per altri scopi.

Evidentemente questo e' tanto piu' facile quanto il campo di cui ci si vuole occupare sta in un punto di giunzione tra la patologia e il comportamento non comunemente accettato e questo, di regola, avviene nella psichiatria e nelle tossicodipendenze.

Il terapeuta che si trova davanti ad un tossicodipendente dovrebbe anzitutto riuscire a fare una diagnosi e capire se si trova o no di fronte ad una patologia e se il suo strumentario terapeutico puo' giovare a quella persona prima di applicarlo.

Per arrivare a queste decisioni in campi cosi' poco definibili come la psichiatria e le tossicodipendenze, in carenza di dati scientifici forti ed assolutamente inequivocabili, spesso la coscienza personale che il terapeuta si costruisce anche sulla esperienza clinica quotidiana prevale sulla scienza. Il terapeuta, comunque, lavora in scienza e coscienza SEMPRE PER IL SUO PAZIENTE anche se e' pagato dallo Stato.

Per questo motivo spesso esiste una inconciliabilita' di vedute tra chi e' medico di sanita' pubblica e quindi deve, come un Prefetto o un Magistrato, applicare le norme dello Stato, e chi, pur prestando opera per lo stesso datore di lavoro, DEVE scegliere percorsi che siano, soprattutto, di vantaggio terapeutico per il suo cliente.

Quando, come si sta facendo attualmente, nei Servizi per le tossicodipendenze, si cerca di fondere il mandato di sanita' pubblica e di controllo sociale e sanitario con il rapporto terapeuta / paziente ne possono nascere situazioni insostenibili che rischiano di creare danno su tutti i fronti.

Il fatto che esistano campi e specialita' dove e' piu' facile utilizzare la "l'abito terapeutico" come strumento di controllo sociale contribuisce al non sviluppo scientifico di questi settori.

Un approccio scientifico alla soluzione di un problema, anche se necessariamente deve lasciar spazio al dubbio ed alla sperimentazione, difficilmente lascia (nel tempo) margini per patteggiamenti e compromessi ambigui.

Per questo motivo (e per gli interessi che vi si collegano), per quanto riguarda l'utilizzo del metadone nel trattamento delle tossicodipendenze (2), diffi-

cilmente si riuscirà a far chiarezza nei prossimi anni e difficilmente si avvieranno studi seri di efficacia che, in tempi futuri, possano modulare scientificamente le scelte dei terapeuti.

Tutto ciò a meno che gli operatori del sistema di intervento non accettino una grande sfida anche con se' stessi: quella del voler conoscere e di mettersi in discussione. Per farlo, però, dovrebbero affrontare un ostacolo (per ora) pressoché insormontabile: la creazione di un linguaggio comune interdisciplinare e transculturale che permetta loro di comunicare e di confrontarsi. Evidentemente chi utilizza la tossicodipendenza e tutto ciò che le sta attorno (dallo spaccio alla terapia) per averne vantaggi di qualsiasi tipo, osteggerà in tutti i modi questo possibile tipo di evoluzione e, nella divisione degli avversari, e sulla loro babele di linguaggi e di concezioni, continuerà, così come sta facendo, a ben coltivare il suo campo.

Riccardo C. Gatti
8/3/92

Note:

(1) Trattamenti cui l'accesso è facile con formalità ridotte al minimo indispensabile e in cui pochissimi sono i vincoli anche di valutazione generale del caso e di opportunità del trattamento stesso. (n.d.a.)

(2) E se il lettore ci fa caso la stessa ambiguità esiste per gli interventi delle comunità, per le psicoterapie, gli interventi di reinserimento lavorativo ecc. ecc. (n.d.a.)

5

File : A32391.ITA

TITLE: IL SISTEMA DI INTERVENTO DI FRONTE A NUOVE EPIDEMIE DI DROGHE: IL PROBLEMA COCAINA.

AUTHOR: *Dott. Riccardo C. Gatti Coordinatore Nucleo Operativo Tossicodipendenze U.S.S.L. 76*

SOURCE: Relazione al Convegno Cocaina Oggi – U.N.I.C.R.I. – United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute (ONU) Roma 20–23 Marzo 1991

Riguardo al problema della diffusione della cocaina in Italia è interessante notare come, di fronte a segnalazioni allarmate degli Organi di Polizia, che sono state ufficialmente riportate anche nei rapporti dell' "Osservatorio permanente del fenomeno droga" del Ministero dell'Interno, ci sia un relativo silenzio dei servizi che di terapia delle tossicodipendenze si devono istituzionalmente occupare.

Per i servizi tossicodipendenze, stando ai dati che sono disponibili attualmente, i cocainomani in Italia non esistono o quasi. Si deve anche dire che, comunque, nemmeno a livello istituzionale centrale pare esserci una grande preoccupazione per la diffusione di questa sostanza. Nella Regione Lombardia che è senza dubbio uno dei territori maggiormente colpiti dalla diffusione di droghe, per esempio, nessuna iniziativa ufficiale si è sviluppata per formare o informare gli Operatori dei Servizi di terapia su un tipo di intervento che è abbastanza diverso da quello che, usualmente, può essere praticato per un eroinomane.

Lo scorso anno il 24 e 25 gennaio mi occupavo a Milano della organizzazione scientifica di un convegno promosso dall'U.S.I.S. (United States Information Service): Tossicodipendenza da Cocaina e Crack. Si trattava di due giornate dedicate agli operatori del settore. Ebbene in quella occasione mi accorgevo della diffidenza, anche di qualificati esperti italiani, riguardo all'affrontare il problema. In diverse sedi, infatti, esplicitavano il timore che solo parlare di Cocaina e Crack agli Operatori potesse, in qualche modo (chissà quale?), contribuire soltanto a svegliare l'interesse per queste sostanze di abuso da parte di possibili consumatori.

Nell'area di Milano e' ben noto come in alcuni ambienti si abusi, e molto, di cocaina ma forse ci si rifiuta quasi di accorgersi che la sostanza sta avendo una diffusione diversa e decisamente piu' pericolosa negli ultimi anni. Si e' passati da una situazione in cui la cocaina si trovava anche dagli spacciatori di eroina, bastava cercarla, ad un'altra in cui tutti gli spacciatori erano forniti di questa sostanza.

Poi la distribuzione finale e' andata maggiormente differenziandosi.

Esistono adolescenti che iniziano l'uso di cocaina ancora minorenni.

Questi nuovi consumatori non si identificano per nulla con i tossicomani da eroina, ... anzi disdegnano tutto cio' che con l'eroina e' collegato.

Sono spesso ragazzi di classe media, apparentemente "insospettabili", incominciano il loro percorso con l'uso intenso di hashish e, poi, approcciano la cocaina. La distribuzione risponde prontamente a questa tendenza fornendo nel limite del possibile, spacciatori estranei al mercato ed all'uso di eroina. Quando cio' non e' possibile cerca almeno di utilizzare ex eroinomani e di garantirsi sul fatto della loro riabilitazione dall'uso di quella sostanza, non gradita ai nuovi clienti, anche convincendoli a curarsi ai Servizi Territoriali con l'uso di antagonisti degli oppiacei.

In Milano e Provincia, attualmente, il prezzo della cocaina sta scendendo.

E' possibile procurarsi una dose (anche se non sono in grado di dire quanto principio attivo contenga) con circa 50.000 Lire. Per quanto ne so si riesce a trovare sporadicamente anche Crack ma di questa sostanza non esiste ancora una domanda consistente.

A chi, in questi anni, si e' occupato di studiare la diffusione internazionale delle sostanze di abuso non saranno sfuggite le impressionanti analogie tra questa mia descrizione e la situazione che ha preceduto la diffusione epidemica di cocaina negli Stati Uniti:

- Relativo disinteresse degli "esperti" e, di conseguenza, dell'opinione pubblica, nei confronti di questa sostanza;
- Non considerarsi tossicodipendente da parte del consumatore, convinto di non avere rischi gravi per la salute e di poter controllare la sostanza esattamente come per l'hashish;
- Diffusione periferica con un prezzo della sostanza accessibile e possibilita' di spaccio anche in modo relativamente "riservato" e individualizzato nei confronti delle esigenze del consumatore.

La situazione presenta anche una seconda preoccupante analogia con quanto avvenuto in Italia alla vigilia della diffusione epidemica di eroina. Era allora opinione comunemente diffusa che episodi gia' avvenuti in nazioni del Nord Europa non avrebbero potuto avere un corrispettivo nella nostra nazione. La diffusione di oppiacei nel Nord Europa veniva correlata al diverso tipo di organizzazione sociale di quei paesi con particolare riferimento ad un ambito familiare ritenuto piu' disgregato ed ad una maggiore promiscuita' nei rapporti interpersonali.

Naturalmente tutto cio' non basta per affermare che in Italia avremo una diffusione della cocaina simile a quella che si e' avuta negli Stati Uniti ma dovrebbe costituire un serio segnale di allerta.

Si deve tuttavia considerare che anche in nazioni quali gli Stati Uniti dove i sistemi di rilevazione epidemiologica sono senza dubbio piu' sensibili e strutturati dei nostri, la diffusione di sostanze quali la cocaina, prima, ed il crack, dopo, ha praticamente colto di sorpresa il sistema di intervento che solo con un certo ritardo ha saputo dare risposte almeno parzialmente adeguate.

A mio parere questo e' dovuto ad un difetto generale, direi ad una imperfezione concettuale ed operativa che e' insita nella strutturazione della nostra risposta ai fenomeni di abuso. Cerchero', pertanto, di esporre alcune cause fondamentali di questa carenza.

Credo che un difetto originale dei nostri sistemi di intervento sia una generale ingenuita' nella considerazione dei fenomeni di abuso che probabilmente affligge chi si occupa di programmazione.

Sono ormai anni che la diffusione della droga e' internazionalmente un business strutturato e molto redditizio che, considerando anche il riciclo del denaro in attivita' lecite, e' probabilmente una delle primarie attivita' commerciali fonte di reddito nella nostra organizzazione sociale.

Ciononostante la risposta ai fenomeni di abuso e' spesso molto limitata, di livello poco piu' che artigianale, estremamente frammentaria e con scarsi collegamenti sia livello nazionale che internazionale. Non mi riferisco, qui, a quanto riguarda i meccanismi di repressione del traffico illecito (su cui non ho competenze specifiche) ma al campo della prevenzione (non repressiva), della terapia e della riabilitazione. Sembrerebbe quasi che il sistema di intervento, Nazionale o Internazionale che sia, si comporti un po' come certe famiglie che, non aspettandosi mai un figlio tossicomane, sono assolutamente impreparate all'evenienza e si sorprendono e si disperano solo

dopo avere impattato con una dura realta', cercando di "chiudere la stalla quando i buoi sono scappati".

Vorrei far notare che a quindici anni dalla legge 685/75 se ne e' realizzata la sua modifica e che, al di la' della sanzione del consumo di sostanze illegali, la nuova legge cerca soprattutto di creare degli standard minimi per la istituzione di Servizi di prevenzione, terapia e riabilitazione.

Questo significa una cosa precisa: in molte Regioni di Italia, a livello di intervento, c'e' ancora tutto o quasi tutto da fare.

Il problema che vorrei porre alla vostra attenzione tuttavia molto piu' complesso e sottile, infatti non sono affatto convinto che la sola risposta quantitativa sia una soluzione dei problemi che ci proponiamo di affrontare.

Un fenomeno epidemico di abuso incomincia ad essere considerato solo quando i dati provenienti dalle forze di Polizia (arresti, sequestri ecc.) incominciano a combaciare con le segnalazioni degli interventi dei Servizi di terapia. Parlarne prima viene considerato " inutile allarmismo ". Provvedimenti specifici, generalmente, vengono presi solo se esistono anche numerose segnalazioni di morti correlate al fenomeno di abuso stesso specialmente se l'interessamento dei media crea una delle ricorrenti "emergenze droga" che periodicamente percorrono il nostro Paese.

Se riflettiamo un attimo, questa modalita' di approccio ai fenomeni di abuso presenta un primo gravissimo limite: si interviene solo dopo che una eventuale epidemia si e' gia' ampiamente diffusa e consolidata.

Un secondo gravissimo limite e' che i Servizi di terapia (strutturati dopo una "emergenza" precedente) non sono costruiti per il nuovo fenomeno di abuso in quanto sul precedente hanno modulato la loro preparazione tecnica, l'organizzazione e l'immagine.

I nostri servizi per le tossicodipendenze, ad esempio, non vedono o quasi cocainomani e, quindi, non confermano i dati di aumento del traffico di cocaina provenienti dalle forze di Polizia. Di conseguenza il fenomeno e' trascurato anche per quanto riguarda la prevenzione.

Ma i nostri servizi di terapia sono stati costruiti essenzialmente per "EROINOMANI EMARGINATI" ed hanno una diffusa ed erronea immagine pubblica di "bar metadonici". Per quale motivo, dunque, un cocainomane dovrebbe rivolgersi a questo tipo di struttura ? Nello stesso tempo, gli Operatori, che non vedono cocainomani, non si sentono spinti ad affrontare il problema (ne' hanno formazione

per farlo). Nel momento in cui rilevano una condizione di tossicodipendenza, ad esempio, si accontentano, senza approfondire, di una risposta - "solo qualche volta ..." - riferita da un paziente all'uso di cocaina e trascurano la sua eventuale conversione a questa sostanza una volta cessato l'abuso di eroina.

Nessun Operatore che si occupi di terapia dell'alcoolismo si accontenterebbe della stessa risposta da parte di un suo paziente perche' e' normale eche un alcoolista riferisca di "non bere quasi nulla" anche quando e' gia' ubriaco a mezzogiorno. Per le "nuove" dipendenze gli Operatori tendono a sottovalutare cio' che il loro paziente sottovaluta !

Naturalmente alla cocaina e' possibile sostituire qualsiasi sostanza che il risultato non cambia« Le conseguenze principali di questa situazione e'che SIA A LIVELLO NAZIONALE CHE INTERNAZIONALE NON SIAMO CAPACI DI PREVENIRE I FENOMENI DI ABUSO MA RIUSCIAMO SOLO AD INSEGUIRLI UNA VOLTA CHE HANNO ASSUNTO UNA DIMENSIONE INTERNAZIONALE E SI SONO CONSOLIDATI.

Su questo fatto, evidentemente, si sta sviluppando la politica di marketing di chi vende droga basata anche sulla considerazione che i sistemi istituzionali tendono a diventare "istituzioni conservatrici e poco elastiche" che non hanno convenienza (fino a quando ne possono fare a meno) a modificarsi. Il ritardo tra la nascita di un nuovo fenomeno di abuso e la risposta per arginarlo diventa cosi' abbastanza lungo da permettere enormi profitti.

Probabilmente questo "difetto originale" dei nostri sistemi di intervento nasce dal fatto che, ad occuparsi di droga sono soprattutto terapeuti o persone animate da profondi sentimenti sociali. Questi Operatori, per formazione culturale ed istituzionale, sono preparati soprattutto ad intervenire a valle di un fenomeno e non a monte. Per questo motivo, quando riescono ad uscire da una improvvisazione professionale purtroppo ancora molto diffusa nel nostro paese, non riescono ad individuare i cambiamenti che avvengono a monte del loro operare anche per la ben nota refrattarieta' di qualunque lavoratore all'evolversi delle tecnologie. Nella migliore delle ipotesi cercano di modificare qualcosa solo una volta che siano in possesso di dati reali che motivino la necessita' di eventuali mutamenti, ma difficilmente si preoccupano di capire se il sistema in cui sono inseriti e' capace di rilevare quei dati di cui avrebbe bisogno per modificarsi.

Il nostro sistema di intervento, infatti, sacrifica la prevenzione alla terapia e non ha occhi e orecchie per prevedere i fenomeni di abuso. Poiche' la pre-

visione non e' impossibile c'e' da pensare che tutto cio' sia dovuto a scelte precise (inconsapevoli ?). La diffusione dei fenomeni di abuso, infatti, si muove con leggi molto simili a quelle generali di mercato. C'e' gente disposta a pagare molto per la droga perche' ritiene che valga molto. Su qualsiasi fascia di prodotti e' possibile determinare con una certa precisione le tendenze del mercato ed intervenire di conseguenza anche analizzando la possibile tipologia dei consumatori. La tecnologia per questo tipo di indagini e' usata da decine di anni probabilmente anche da chi vuole procurarsi nuovi tossicodipendenti.

Sono impossibili tecniche di demarketing ?

E' impossibile pensare risposte del sistema di intervento strutturate non esclusivamente in base alla valutazione dei fenomeni gia' consolidati ma anche in opposizione al dilagare di possibili epidemie future ?

A mio parere non e' affatto impossibile ma occorrerebbe aprire occhi e orecchie in campi fino ad ora esplorati solo parzialmente in questo settore. Paradossalmente tentativi in Italia vengono fatti o si stanno progettando solo in Regioni molto piccole come ad esempio la Val D'Aosta o il Friuli. O vengono sviluppati progetti sporadici di alto valore ma troppo limitati nel tempo per avere efficacia.

Se si riuscisse a far si che il nostro sistema di intervento terapeutico fosse meno selettivo e piu' riservato, meno mirato all'esclusivo trattamento degli eroinomani, piu' elastico nell'operato e nella formazione degli operatori gia' sarebbe un risultato ma quello che fondalmente manca a livello Nazionale e, come ho gia' detto, la capacita' di prevedere i fenomeni di abuso per prevenirli.

Poiche' le tecnologie di rilevazione e di interpretazione dei dati non mancherebbero il problema rimane quello di costruire un progetto obiettivo nazionale che, tenendo conto delle realta' locali, sia in grado di promuovere ed attuare prevenzione. Prevenire la tossicodipendenza e' soprattutto un progetto culturale: non repressivo, nemmeno assistenziale o terapeutico.

Durante un mio recente viaggio negli Stati Uniti sono rimasto stupito dal fatto che ad auspicare sempre piu' seri progetti di prevenzione non repressiva, fossero soprattutto operatori della Magistratura e delle forze di Polizia, cioe' i soggetti incaricati della repressione.

Chi si occupava di terapia ed assistenza era, invece, piu' scettico, quasi come se non credesse alla possibilita' di prevenire, anche considerando il

proprio operare piu' importante per la soluzione di ogni problema.

Forse anche per questo motivo e' cosi' difficile agire preventivamente e le risorse destinate alla prevenzione sono troppo esigue rispetto a quelle destinate alla terapia ed alla riabilitazione.

Si deve anche tenere presente un'ultima considerazione: finche' esiste chi cura esiste anche chi si droga e viceversa. Il sistema terapeutico-assistenziale puo' anche essere (sebbene inevitabilmente e perversamente) parzialmente funzionale al mercato degli stupefacenti.

Se si riuscisse anche a prevedere ed a prevenire la tossicodipendenza muovendosi seriamente per un mutamento delle condizioni culturali che lasciano spazio al mercato, probabilmente certe epidemie sarebbero arginate con maggiore efficacia. Se questo mutamento culturale, tuttavia, non avviene in chi opera nel settore, sia a livello terapeutico - assistenziale sia a livello politico, sara' sempre fin troppo facile seppellire ogni possibilita' di reazione a monte dei fenomeni di abuso.

Chi vende droga ha una organizzazione troppo ampia e redditizia per lasciare solo al caso la promozione della sua merce. Chi vuole contrastare questo mercato deve avere il coraggio di investire piu' risorse in senso preventivo anche sapendo che questa azione, in caso di successo, puo' sottrarre risorse a miriadi di attivita' lecite che vengono finanziate con denaro riciclato che proviene dalla droga. I tossicodipendenti, in qualche modo, sono nuovi schiavi che producono ricchezza non solo per i loro aguzzini. Se rinunciamo agli schiavi dobbiamo rinunciare alla ricchezza che producono.

Dott. Riccardo C. Gatti

Nucleo Operativo Tossicodipendenze U.S.S.L. 76
via Matteotti 30
20090 Rozzano MI

**** (SIDAnet Information) ****

DROGA: L'ESPERIENZA OLANDESE*Peter D.A. Cohen*

OLANDA – Docente di Sociologia all'Università di Amsterdam, è stato fra i consulenti governativi promotori della depenalizzazione di fatto di marijuana e hashish e delle iniziative governative a favore di un reinserimento sociale dei tossicodipendenti. Attualmente è il Direttore del Programma di ricerche sulla tossicodipendenza del Comune di Amsterdam. Negli ultimi anni ha svolto una serie di ricerche sugli effetti dell'uso della cocaina nelle diverse classi sociali.

SOMMARIO: L'autore descrive le tendenze della politica olandese sugli stupefacenti. Senza il ricorso alla repressione, la politica in vigore ad Amsterdam non incoraggia il consumo delle droghe e non favorisce certe burocrazie e la mafia. Nel rispetto dei principi fondamentali della protezione della salute e dell'applicazione della legge, la "esperienza olandese" potrà essere utilizzata sul piano internazionale con i necessari adattamenti alle circostanze particolari di ciascun paese. ("I costi del proibizionismo sulle droghe" – Atti del colloquio internazionale sull'antiproibizionismo, Bruxelles 28 settembre – 1 ottobre 1988 – Ed. Partito Radicale)

In questa relazione mi sono prefissato il compito di illustrare alcuni degli aspetti meno conosciuti della politica olandese in materia di droga.

Concluderò con alcuni dati sul consumo di droga ad Amsterdam, in modo da mostrare come la strategia sulla droga adottata nei Paesi Bassi non generi ulteriore tossicodipendenza, ma il suo contrario. Prima di addentrarmi in un argomento così specialistico, però, vorrei iniziare con alcune osservazioni sul proibizionismo.

Se i proibizionisti di tutto il mondo fossero sinceri nella loro preoccupazione per l'uso della droga, l'abbondanza di prove dell'inefficacia e dell'effetto controproducente di una guerra alla droga sarebbero prese seriamente a cuore. Se i proibizionisti fossero seriamente preoccupati dell'uso e abuso delle droghe applicherebbero le vaste conoscenze oggi a disposizione sulle tossicodipendenze per ideare strategie migliori e meno dannose. Ma i

proibizionisti di tutto il mondo se ne fregano del consumo di droga e dei tossicodipendenti. Il proibizionismo è un sentimento viscerale: è l'opposto della razionalità. Politicamente appartiene a quella categoria di ideologie di cui fanno parte il razzismo e il totalitarismo.

Inoltre è forse altrettanto importante il fatto che dà lavoro a molta gente, come la diplomazia o la finanza, o, per usare un paragone più calzante, come la mafia. Nelle sontuose, mastodontiche burocrazie messe su per finanziare la guerra alla droga c'è modo di fare soldi. Queste burocrazie sono mantenute stalmente per legittimare ogni genere di violenza istituzionale, usata principalmente contro le minoranze e le nazioni più deboli.

L'avanzata tecnologia nelle comunicazioni ha trasformato questa forma moderna di caccia alle streghe in un'attività mondiale e il tragico risultato di tutto questo è che milioni di persone, non solo negli Stati Uniti, ma anche in Europa, credono veramente che la droga sia la causa di tutti i mali perché hanno imparato ad associarli con la droga. Esattamente come nel corso dei secoli milioni di persone hanno veramente creduto che le streghe fossero responsabili della peste, della siccità e della carestia.

Il proibizionismo è comunque un grottesco fallimento poiché le tecniche che impiega si basano su un ancor più grottesco equivoco sui poteri dello Stato.

Questo equivoco è provocato in parte dagli stessi servitori dello Stato. Se si proclama il pericolo letale delle droghe e si suggerisce che solo il potere statale possa difendere il pubblico da questi pericoli, la gente si aspetta automaticamente che siano le istituzioni statali ad occuparsi dell'uso della droga. E' così che avviene che il cosiddetto problema della droga diventi essenzialmente uno strumento con cui lo stato mantiene la sua autorità e il suo potere repressivo.

Io ritengo che l'iniziativa del Partito Radicale sia uno sforzo coraggioso e umanitario per cercare di attirare l'attenzione sulla crudeltà e l'inutilità della guerra alla droga. In Italia, un paese dove persino i Comunisti stabiliscono erroneamente un parallelo tra la guerra alla droga e la lotta alla mafia, esiste fortunatamente una base politica per discutere un cambiamento delle politiche in materia di droga. Mi auguro che molti paesi seguiranno.

Sono stato invitato a parlare della cosiddetta Esperienza Olandese sulla droga e le strategie per la droga.

Comincerò cercando di chiarire quale può essere il significato dell'espressione "Esperienza Olandese". Quindi sottolineerò come questa

espressione possa avere un significato solo nell'ambito della discussione internazionale sulla droga da una prospettiva esterna ai confini olandesi.

Nell'ambito dei Paesi Bassi quella situazione che gli stranieri vedono come esperienza olandese con la droga non è vissuta come una particolare politica che si distingue dalle altre. Nel nostro paese essa è considerata solo come uno dei molti esempi di un generico accordo sui pro e sui contro sociali della legge penale e la legge penale in generale come uno strumento per la soluzione di problemi sociali o problemi di devianza.

Una delle difficoltà che si incontrano per descrivere la cosiddetta esperienza olandese consiste nel fatto che non so se dalle prospettive dei vari paesi la cosiddetta esperienza olandese significhi la stessa cosa. Ma, poiché gli olandesi vengono definiti "permissivi", per amore di brevità ridurrò la nozione di esperienza olandese alla sensazione di un ricorso minimo o addirittura inesistente a provvedimenti penali verso chi assume droga.

Un'altra difficoltà sta nel fatto che i Paesi Bassi, nonostante le loro piccole dimensioni territoriali, hanno varie zone in cui le strategie sulla droga sono molto differenti. I Paesi Bassi, diversamente dalla Germania, non hanno una politica omogenea in materia di droga. Gli Italiani avranno familiarità con le grandi differenze a livello locale. (Per esempio in Italia la morfina è stata somministrata ai tossicodipendenti in città come Firenze e Napoli, mentre questo era completamente impossibile se non addirittura proibito in altri posti. A Torino ci sono sempre state forme ufficiali di distribuzione del metadone, mentre a Milano non c'era niente del genere e, se non vado errato, a Milano non esistono ancora centri dove si possano aiutare col metadone coloro che sono assuefatti a sostanze oppiacee).

Proprio allo stesso modo in Olanda si possono notare ampie differenze di politica sulla droga da zona a zona, e questo non vale solo per sostanze come la cannabis, ma anche per gli oppiacei.

Ad Amsterdam è diventato a poco a poco possibile comprare liberamente derivati della cannabis in negozi specializzati, ma in Utrecht o Rotterdam non esiste niente del genere o solo raramente.

E' possibile che l'esperienza olandese sia rappresentata agli occhi degli stranieri principalmente dalle scelte in materia di droga della città di Amsterdam, dove già dal XVII secolo il livello delle libertà personali è stato sempre relativamente più alto che in tutto il resto del paese. Naturalmente Amsterdam è la città olandese più importante dal punto di vista del consumo di droghe illegali

(tornerò più tardi su questo punto). Amsterdam non è solo la città più grande di tutta la nazione, benché non abbia più di 650.000 abitanti, ma ne è anche la capitale artistica ed intellettuale. Tentativi di nuove idee e stili di vita avvengono più facilmente qui che in qualsiasi altro posto.

(Inoltre Amsterdam ha una tradizione molto lunga di adattamento a questi esperimenti poiché ha sempre ospitato un numero piuttosto alto di emigrati e rifugiati. Ancor di più, è stata un porto fiorente che accoglieva navi da tutto il mondo, con tutti gli influssi immaginabili di stranieri e di nuovi e strani prodotti).

Così è probabilmente opportuno che io consideri alla stessa maniera l'esperienza olandese e quanto prima ho detto, la mancanza di ricorsi a sistemi repressivi, con particolare riguardo per la Amsterdam degli ultimi 25 anni.

Se fossi obbligato a citare degli aspetti omogenei e manifesti di una politica nazionale olandese sulla droga potrei parlare delle linee di principio adottate ufficialmente in merito alla non punibilità dell'uso individuale di cannabis e alla sua vendita in piccole quantità. Ma questo orientamento non viene comunque interpretato allo stesso modo in tutto il territorio nazionale e in alcuni posti è applicato molto restrittivamente dai magistrati locali.

Parlare di legge penale implica che io introduca un livello di descrizione in qualche modo più complicato di quella che è definita all'estero l'esperienza olandese.

Fino ai primi anni Ottanta c'erano in Olanda circa 25 persone in prigione ogni mille, contro più di 100 su mille in Germania. Uno degli aspetti più generali dell'applicazione del codice penale olandese consiste nella sua insistenza nel cercare di tenere la gente fuori dalle prigioni. Negli ultimi sei o sette anni questa tendenza è un po' cambiata, ma devo comunque sottolineare che una certa assenza di leggi penalmente punitive non è limitata al consumo di droghe, ma a vari tipi di comportamenti illegali o devianti. Un esempio molto conosciuto è lo svilupparsi durante gli anni Settanta di un gran numero di bar e ritrovi per il gruppo degli omosessuali emancipati. Emerse un'importante sottocultura omosessuale con una certa quantità di libertà di atteggiamenti che scioccò molti turisti stranieri. L'esempio più conosciuto è probabilmente la depenalizzazione della prostituzione e di varie forme di pornografia, che provocò la nascita di un commercio erotico completamente aperto e in gran parte non criminale.

La mancanza di sanzioni penali per molte aree di comportamenti fuori della norma o di trasgressioni della legge fu resa possibile in parte dalla disponi-

bilità di alternative. Nei casi in cui le autorità dovevano intervenire, spesso si preferivano trattamenti di cura o altre misure piuttosto che la messa in moto del meccanismo giudiziario. E dove le autorità non erano forzate ad intervenire era possibile decidere per la chiusura di un caso senza nessuna procedura. Questo era a sua volta reso possibile dalla libertà legale che viene data al magistrato olandese di scegliere se perseguire o meno qualcuno. Vale a dire che dove un magistrato tedesco è obbligato per legge a sviluppare un'istruttoria completa, uno olandese può invece decidere di lasciare un caso totalmente al di fuori delle procedure penali se pensa che ne trarranno beneficio sia il trasgressore che lo stato.

L'esperienza olandese sulla droga così come la intendono gli stranieri è solo un esempio di un'atteggiamento molto più generale verso alcune forme di devianza, in particolare nella città di Amsterdam.

Potremmo definire questo atteggiamento pragmatismo sociale. Fino a che il comportamento di un certo gruppo non danneggia in particolar modo gli altri il gruppo è lasciato a se stesso e qualche volta aiutato da istituzioni di assistenza specializzata. Nel caso di coloro che sono assuefatti a sostanze oppiacee si è capito piuttosto rapidamente che la dipendenza di queste persone dal mercato nero richiedeva forme speciali di assistenza sociale. Attraverso tentativi ed errori questi servizi si svilupparono ad Amsterdam in forme che coprivano sistemi di cura altamente differenziati. E qui veniamo ad un'altra caratteristica della politica sociale olandese. Uno degli obiettivi principali delle istituzioni sanitarie è di mettere a disposizione del maggior numero possibile di potenziali utenti il maggior numero possibile di tipi di assistenza. Questo spiega molto della direzione presa ad Amsterdam dallo sviluppo delle cure per i tossicodipendenti. Quando essi non usarono le istituzioni iniziali di cura, si concluse che queste istituzioni dovessero essere adattate maggiormente alle necessità dei loro potenziali utenti. Da qui nacquero i famosi programmi di distribuzione spicciola per il metadone ad Amsterdam, di cui gli autobus del metadone sono l'espressione più conosciuta.

Così, quando si cerca di comprendere il significato della nozione di "esperienza olandese" è necessario ricordare che sia per gli aspetti sanitari che per l'intervento della legge penale la politica olandese per la droga è molto normale e corrisponde ai generali principi sulla sanità e le sanzioni legali. Questo vuol dire che la politica olandese per la droga non è qualcosa di speciale che è stato inventato apposta per uso nazionale.

Un altro aspetto della politica sociale olandese è che le politiche di ostracismo sono molto difficili da mettere in atto. Tra la popolazione anche nella stessa Amsterdam ci sono sempre state delle forze che avrebbero voluto confinare tutti i tossicodipendenti e gli altri devianti su un'isoletta vicino alla costa, ma queste forze sono rimaste scarse e prive di un rilevante aiuto politico. Lo stesso vale per gli ostracismi economici. Nei Paesi Bassi, per esempio, nessuno proporrebbe seriamente che ai tossicodipendenti senza lavoro venisse negata quell'assistenza economica di base di circa 500 dollari al mese che viene generalmente fornita in Olanda ai disoccupati.

Per riassumere, la politica olandese per la droga è solo una delle applicazioni di un principio più generale di amministrazione sociale caratterizzato principalmente da

- 1) la massima riduzione possibile di sanzioni penali
- 2) la creazione di istituzioni sanitarie specializzate accessibili al maggior numero possibile di utenti potenziali
- 3) il minimo ostracismo sociale supportato dallo stato verso i gruppi devianti e
- 4) una base economica ragionevole per tutti i cittadini, a prescindere dalla loro condizione sociale o livello di devianza.

E' naturale che i modi e i livelli di applicazione di questi principi di base siano materia di continuo dibattito politico. Attualmente alcuni di questi stessi principi sono stati messi sotto accusa.

Io credo che l'esistenza pressoché generale dell'idea di una cosiddetta esperienza olandese sulla droga non sia altro che un artificio retorico, o, forse meglio, una semplificazione, benché usata in modo diverso, sia dai più decisi proibizionisti che dagli antiproibizionisti più ardenti.

Il fatto che le autorità olandesi non abbiano mai lanciato grida di guerra contro gli omosessuali, i drogati o i malati di AIDS viene usato allo stesso modo da proibizionisti e antiproibizionisti per esagerare grossolanamente la quantità di libertà esistente nei Paesi Bassi. Ciononostante, io ritengo che in alcuni campi esistano delle piccole ma importanti differenze in termini di libertà tra l'Olanda e gli altri paesi.

Nel corso della mia analisi ho cercato di mostrare come la politica olandese sulla droga faccia parte di principi più generali di amministrazione.

Questo significa che non è possibile esportare questa politica come se fosse un fatto a sé stante. Se qualche nazione volesse usare parti isolate della politica olandese per la droga si scoprirebbe che queste funzionerebbero in modo diverso da come fanno per esempio ad Amsterdam. Non è

possibile trapiantare le scelte sulla droga fatte in Olanda senza molti particolari di ciò che implicano e ancor di più senza fondamentali scelte politiche di economia sociale.

Dopo queste osservazioni che relativizzano il concetto di esperienza olandese vorrei fornire alcuni dati recenti sul consumo di droga ad Amsterdam, la cosiddetta capitale europea della droga, una delle definizioni più ridicolmente sbagliate a cui si possa pensare.

Fornisco queste cifre per mostrare che l'applicazione di principi più generali di amministrazione sociale al problema della droga, il che significa in qualche misura un minor ricorso a sanzioni penali che in altri paesi, non crea consumo di droga. Questo è molto importante, dato che un argomento dei proibizionisti che fa molto colpo sembra essere che la riduzione dell'impegno repressivo causerà esplosioni di uso e abuso di sostanze stupefacenti.

Come è noto in tutto il mondo, ad Amsterdam si possono acquistare hashish e cannabis in circa duecento negozi. Il prezzo di droghe prodotte così facilmente e con poca spesa è piuttosto basso, tra i quattro e i cinque dollari al grammo, circa la metà del prezzo in città come Roma o Milano e un terzo di quello di Francoforte o Berlino. Quante persone fanno oggi uso dei prodotti in vendita in questi posti? All'inizio di quest'anno l'università di Amsterdam ha studiato un campione rappresentativo di oltre 4000 abitanti di Amsterdam dai 12 anni in su(1). A tutti è stato chiesto se nell'anno precedente avessero fatto uso di cannabis anche una sola volta. Il 9,3% ha risposto affermativamente. Il 5,5% ha affermato di averne fatto uso anche nel mese precedente all'intervista. Il massimo di risposte positive, il 14,5%, sull'uso del mese precedente è stato rilevato tra persone di età intorno ai 23 anni. Questo sta a dimostrare come anche in condizioni di facile disponibilità e di relativa assenza di condanna sociale la popolarità della cannabis sia piuttosto bassa.

Cosa dire della cocaina, la moderna, diabolica droga, disponibile ad Amsterdam fin dagli inizi degli anni Settanta e di moda dai primi anni Ottanta?

Ho fatto delle ricerche sulla purezza della cocaina ad Amsterdam nel 1987 e ho trovato che era molto alta(2). I prezzi medi si aggiravano sui 90 dollari con una tendenza a diminuire. L'uso individuale della cocaina ad Amsterdam o la sua vendita in piccole quantità non è minimamente impedito, se non casualmente. C'è quindi molto consumo di cocaina?

Nel totale della popolazione il 5,6% non ha mai provato la cocaina e quando si guarda a chi ne ha

fatto uso nel mese precedente all'intervista si trova solo uno 0,6%.

E cosa dire ancora dell'uso di oppiacei nella capitale europea della droga, dove buona eroina è disponibile per dieci dollari circa e rientra facilmente nelle possibilità economiche di chiunque? Mettendo insieme oppiacei legali ed illegali, il che vuol dire sia quelli prescritti che gli altri, è stata rilevata una percentuale del 9,9%, con una "prevalenza del mese scorso" dello 0,9%.

Anche se volessimo raddoppiare queste cifre, aumentandole del 100% per gli ingiustificati dubbi di qualcuno sulla loro affidabilità, non potremmo concludere che l'attuale consumo illegale di droghe nella cosiddetta capitale europea della droga sia alto da nessun punto di vista.

A dispetto di una centenaria guerra santa americana contro alcune sostanze psicotrope i livelli di consumo in America, misurati secondo gli stessi criteri usati ad Amsterdam, sono molto, molto più alti.

Mi piacerebbe paragonare i dati raccolti ad Amsterdam con cifre simili relative ad altre capitali europee, ma queste semplicemente non esistono.

Questa, tra l'altro, è una delle dimostrazioni che il proibizionismo è una religione che ha pochissimo bisogno di dati obiettivi per legittimarsi.

E' quindi chiaro che la disponibilità e l'accesso relativamente facile a droghe come la cannabis, l'eroina e la cocaina, qual'è il caso di Amsterdam non ne determina i livelli del consumo. Questa osservazione è molto importante per la valutazione degli effetti dei metodi polizieschi nella lotta contro la droga.

I livelli di prevalenza sono aumentati da numerosi fattori, tra i quali la moda e l'utilità sociale sono forse i più importanti. Ma, a tutti i livelli di prevalenza della droga il consumo è molto meno importante del modo con cui avviene. Anche se dicesimo che il 50% di una popolazione ha fatto uso di cocaina nel mese precedente alla ricerca questo non sarebbe realmente rilevante.

Quello che è importante è con quanta abilità essi ne fanno uso, quanto spesso, quanto e in quali circostanze e in quale sistema normativo. Assumere cocaina nelle condizioni socialmente depresse di un ghetto urbano porta a modelli differenti e regole diverse di consumo dallo sniffare cocaina per aumentare i piaceri di una discoteca o di una festa. Questo vale per tutte le droghe.

Solo a causa dell'illegalità delle droghe si creano seri rischi nella sfera sociale. Questi rischi sociali che possono variare da forme minime e sottili di microesclusione a emarginazione causate dallo Stato e dalla prigione, creano masse di vittime

della droga. Fortunatamente in Olanda questo processo di vittimizzazione è stato compreso a tutti i livelli del farsi politico. Questo è uno dei pochi aspetti della politica olandese per la droga che potrebbe essere esportato da solo. Per parafrasare l'eccellente articolo di Nadelman su "Foreign Policy", si tratterebbe di un'esportazione positiva(3).

7 File : A48889.ITA

TERAPIA DELLA TOSSICODIPENDENZA IN U.S.A. E IN ITALIA: UN CONFRONTO

Dott. Riccardo C. Gatti
Coordinatore Nucleo Operativo Tossicodipendenze
U.S.S.L. 76 (Rozzano - MI)

Premessa

Descrivere il sistema di intervento statunitense nel settore delle tossicodipendenze e' probabilmente molto arduo anche per un esperto che viva e lavori in quella nazione.

La presenza di diversi Stati, ciascuno con una propria particolare situazione amministrativa, normativa, sociale; l'intersecarsi di diverse culture etniche; l'estensione del territorio, la vastità e la multiformità della iniziativa privata; le enormi differenze tra le grandi megalopoli ed il resto della nazione rendono qualsiasi ipotesi descrittiva veramente ardua.

In questo articolo mi limiterò, pertanto, a suggerire delle impressioni soggettive, comparando ciò che ho potuto conoscere direttamente con la situazione italiana.

Le mie conoscenze della realtà statunitense si riferiscono ad un intenso programma di confronto con esperti di quella Nazione che ho avuto modo di incontrare a Washington D.C., Atlanta (Georgia), Denver (Colorado), San Francisco (California), Pittsburgh (Pensilvania) e New York. Gli incontri si sono svolti in un periodo compreso tra la primavera 1988 e l'estate 1989.

(1) Sandwijk, P.; Westerp, I e Musterd, S: "The use of illegal drugs in Amsterdam. Report of a survey among the population of 12 years and older" University of Amsterdam 1988. Di prossima pubblicazione. Disponibile solo in olandese.

(2) Cohen, P. in collaborazione con Korf, D. e Sandwijk, P. "Cocaine use in Amsterdam in non deviant subcultures" University of Amsterdam 1988. Prima stesura disponibile in inglese.

(3) Nadelman, E. "U.S. Drug policy: a bad export" Foreign Policy 70, Primavera 1988.

fonte : ARCHIVIO PARTITO RADICALE
** (SIDAnet Information) **

Ringrazio sentitamente le varie Amministrazioni U.S.A. Pubbliche e Private che hanno favorito questi incontri con persone che hanno dimostrato una grande ospitalità, una eccezionale cortesia ed un profondo interesse per il mio desiderio di informazione e conoscenza. Grazie all' United States Information Agency (Sponsor), alla Voluntary Visitors Division, all' Institute of International Education ed alla U.S.S.L. 76 (da cui dipendo) che hanno reso possibili questi viaggi.

Un ringraziamento particolare a John Keller ed a Linda Powers rispettivamente ex Direttore e Vicedirettore dell'U.S.I.S. di Milano nonché a David Seal, attuale Direttore. In queste persone e nel personale dell' United States Information

Service di Milano, veramente convinto dell'importanza del confronto culturale internazionale, ho trovato fiducia, un contributo tecnico indispensabile ed anche manifestazioni di vera amicizia.

Il contesto generale

New York non e' l'America. Bisogna tenerlo bene in mente e chi abita negli U.S.A. (e non sta a Manhattan) cerca di ricordartelo spesso specialmente quando, nuovo arrivato dall'Italia, cerchi di tuffarti in questo posto incredibile. New York e' come il mare: o ti ci butti e nuoti lasciandoti portare dalla corrente oppure ci affoghi. In questa citta' c'e' veramente di tutto, nel bene e nel male. Gli Stati Uniti, invece, sono una grande provincia: grandi spazi, grandi parchi, grandi zone agricole e, forse, fin troppa calma. A New York, New York (e nelle altre grandi citta') tutto e' estremizzato. In certe ore transitare in alcuni quartieri diventa pericoloso ma mi e' capitato piu' di una volta di trovare per strada gente che vedendomi con in mano la mappa della citta' mi chiedesse spontaneamente se volevo aiuto. Nella "Grande Provincia" degli States molte ville delle zone residenziali non hanno nemmeno recinzione ed il prato si affaccia direttamente sulla strada e, anche se alcune hanno sistemi di allarme, la gente che ci vive pare poco preoccupata, almeno all'apparenza, di fatti criminali. A New York, ma anche a Los Angeles, Washington o altre grandi citta' ci sono delle zone dove "e' meglio non andare" ma anche le cittadine di provincia hanno i loro quartieri inquietanti. Spesso si tratta di centri storici, ormai abbandonati dalla popolazione del posto che vive nelle ville delle zone residenziali. In queste zone c'e' molta immigrazione povera e, gia' dalla sera, si vedono molte facce poco rassicuranti e di eta' spesso indefinibile. Sono uomini ubriachi o con gli occhi velati da qualche droga.

Se andate in giro la sera nei luoghi di provincia non e' difficile capitare in questi luoghi che si capisce come abbiano conosciuto, in passato, tempi migliori. Poi le cittadine si sono trasformate anche per la riconversione economica da industriale a terziario avanzato.

Le fabbriche hanno chiuso e trasferito la loro produzione all'estero dove la manodopera costava meno.

Il mercato del lavoro negli U.S.A. prevede una grossa mobilita' ed il lavoro puo' essere trovato ma anche perso con facilita'. Le grosse compagnie non hanno molti scrupoli e detengono un potere

enorme. A Denver, per esempio, molti uffici sono stati chiusi dopo la crisi del petrolio ed i palazzoni che luccicano nel cielo dei due centri direzionali hanno dei piani vuoti.

C'e' poi la stessa concorrenza tra le citta' che crea possibilita', mobilita' ma anche problemi a chi vorrebbe avere un lavoro stabile.

Atlanta, per esempio, sembra un cantiere: tutto e' in costruzione o ricostruzione. Stanno cercando di diventare la capitale commerciale del sud e, forse, ci riusciranno. Per questo molte grandi compagnie attratte dalle agevolazioni fornite dalle amministrazioni si stanno trasferendo ed i nuovi spazi nascono come funghi.

Apparentemente tutta la strutturazione sociale ed economica degli Stati Uniti e' basata sul libero mercato e sulla capacita' dei singoli di emergere.

In realta' il mercato non e' poi cosi' libero ed evitare che il potere delle grandi compagnie sia assolutamente condizionante diventa molto difficile. La competitivita' e' comunque alta ovunque e questo significa che nessuno puo' stare mai completamente tranquillo. La competitivita' esasperata tende a trasferirsi dalla citta' alla provincia ed i piu' deboli sono spazzati via senza molti riguardi. Per questo la forza del singolo di battersi per emergere e' forse un qualcosa che riguarda piu' l'"american dream" (il sogno americano) che la coscienza stessa dei cittadini. Per questo motivo, probabilmente, la lobby ed il lobbismo hanno cosi' importanza e riconoscimento, ed i gruppi culturali ed etnici tengono a mantenere una identita' che, sebbene modulata su nuovi canoni, tende ad essere espressa chiaramente nel modo di vestire, di mangiare, di aggregarsi religiosamente, di ritrovarsi e spesso anche di stabilirsi in zone della citta'.

Apparentemente l'unica cosa che pare neutrale a queste influenze e' la televisione che cerca di mantenere un equilibrio (perche' deve vendere a tutti) ma che probabilmente, proprio per la vastita' del territorio e delle differenze che vi sono rappresentate, stenta ad avere una funzione unificante anche nella lingua. Solo gli speaker dei telegiornali parlano una lingua unitaria. Gli accenti di una parte rispetto ad un'altra degli Stati Uniti sono molto diversi. Chi non conosce bene l'inglese se ne accorge dal fatto che, stranamente, riesce a capire alcune persone ed altre no. Ma gli stessi cittadini statunitensi, a volte, hanno difficolta' a comprendere certe espressioni idiomatiche o certi accenti, anche poco facilitati da una lingua dove e' normale, dovendo scrivere un nome (di persona, di una strada ecc.), chiederne anche lo spelling

(sillabazione) perché non sempre la pronuncia parlata corrisponde alla grafia. Comunque le televisioni e le radio si sono anche accorte del fatto che la lingua spagnola è molto parlata ed alcune stazioni trasmettono solo per il pubblico degli spanish.

Questa grande "unità nella diversità" che gli Stati Uniti esprimono è comunque il grossissimo potenziale di energia che ne ha fatto il paese trainante nella situazione economica e culturale di questi anni e va considerato come una delle più grosse ricchezze della nazione anche se, incanalare queste diversità, è costato i molti e gravi travagli che fanno parte della storia americana passata e contemporanea.

Per questa multiformità del panorama statunitense è particolarmente difficile la descrizione di un sistema di intervento sulle tossicodipendenze proprio perché, tutto sommato, questo non esiste in quanto tale.

All'inizio degli anni 80 poi, sotto l'amministrazione Reagan, al National Institute on Drug Abuse (N.I.D.A.) sono stati tolti i compiti di controllo centrale connessi alla concessione di fondi per programmi di prevenzione, terapia e riabilitazione ed il N.I.D.A. è diventato soprattutto un istituto di ricerca perdendo contemporaneamente la possibilità di vincolare molti centri di intervento ad una restituzione di dati sulle attività.

Attualmente i fondi vengono distribuiti agli stati ed alle ripartizioni amministrative che da questi dipendono e ce'è chi sostiene che (come da noi, per altro) non vi sia un sufficiente controllo sul finanziamento pubblico delle iniziative private, sui criteri di programmazione e sugli standard di offerta delle singole realtà territoriali e che vi sia un uso talvolta strumentale (elettorale) dei finanziamenti.

La stessa vastità del territorio, il numero degli Stati e della amministrazioni coinvolte rende comunque pressoché impossibile raccogliere un giudizio uniforme. L'iniziativa della Signora Reagan che ha promosso una campagna nazionale di sensibilizzazione "Just say no" (basta dire no) contro la droga trova ancora adesso sostenitori e critici.

Bisogna dire, tuttavia, che esiste una certa fiducia sul fatto che il problema droga possa essere affrontato e ridimensionato. Per gli scettici ricordo che attualmente negli States il fumo del tabacco si è ridotto notevolmente e questo si nota anche per strada o nei locali pubblici (!). Questo risultato è stato raggiunto dopo anni di attento lavoro educativo e informativo e dopo campagne anche attraverso i mass-media che hanno coinvolto tutta la

popolazione. Si dirà che il fumo di sigarette è molto diverso dall'uso di cocaina, eroina o alcool. Bisogna tuttavia considerare che la maggior parte di studi "follow-up" parlano dell'uso del tabacco come di una dipendenza veramente difficile da sconfiggere. Inoltre negli Stati Uniti si è dovuto combattere contro agguerritissimi gruppi commerciali ed una radicata mentalità che costruiva immagini positive di eroi cinematografici attorno all'irrinunciabile fumo delle sigarette. Una decina di anni fa nessuno avrebbe scommesso sulla possibilità di incidere su una abitudine dannosa così radicata. Invece, non solo questo è successo ma, come per altre "mode" che dagli U.S.A. arrivano fino a noi, pare che anche in Europa le cose vadano cambiando.

Una casualità? Probabilmente la gente avrebbe abbandonato le sigarette egualmente anche senza campagne di prevenzione ed educazione? È possibile.

Tuttavia non possiamo disconoscere che ad uno sforzo preventivo ed educativo durato anni sono seguiti dei risultati e che, probabilmente, i minori danni alla popolazione generale dovuti all'abbandono del fumo ripagheranno abbondantemente per quanto investito.

Per quanto riguarda alcool e droghe illegali, comunque, il problema continua ad essere serio. Gli Stati Uniti risentono di una mentalità nata probabilmente al tempo dei figli dei fiori, delle sommosse universitarie ed anche della guerra del Viet Nam che ha lasciato molto spazio alla droga ed all'alcool ed all'esperienza di alterazione dello stato mentale vissuta da una parte come possibilità di libertà e creatività e, dall'altra, come mezzo di socializzazione.

La droga e il consumo

La droga negli Stati Uniti è forse più che da noi un fenomeno di consumo che risponde a precise leggi di mercato ed a una attenta programmazione di distribuzione e di promozione. Questo non toglie che chi la vende commetta anche dei grossi errori sopravvalutando la reattività di un mercato che più di tanto non può assorbire.

C'è chi sostiene che la necessità di riversare cocaina in Europa sia dovuta ad una sovrapproduzione della sostanza che non può essere assorbita integralmente dal mercato Americano. Ciò nonostante il mercato americano della droga è molto vivace e riesce regolarmente a sorprendere con la

proposta di nuove sostanze come il CRACK che lasciano spiazzati per la loro capacita' di alterazione psichica e di rapidissima induzione di dipendenza unite ad un bassissimo costo.

A New York il CRACK costa 5 - 10 - 15 dollari a seconda della quantita'.

E ve lo vendono in una specie di scatola di plastica simile a quella delle pietrine degli accendini. Il cristallo di CRACK puo' essere facilmente preparato in casa a partire dalla cocaina e da un altro ingrediente molto comune con un procedimento rapido ed alla portata di chiunque. Il cristallo viene, poi, messo su una reticella metallica appoggiata a una specie di pipa di vetro e scaldato con la fiamma di una sorta di grosso accendino. Col calore si gassifica ed il gas viene aspirato. Da una situazione di eccitazione rapidissima simile a quella di un bolo di cocaina pura endovena. Questo momento di "alto" dura pochi minuti in cui viene vissuto con estremo piacere "molto di piu' dell'orgasmo o di qualsiasi altra sensazione piacevole" collegato all'iperfunzione della trasmissione nervosa del sistema dopaminergico (una delle catene neuronali del nostro cervello). Questo spiegherebbe, tra l'altro, perche' assieme al senso di piacere viene vissuta anche una sensazione molto simile alla paranoia con impressioni vivissime di pericolo imminente, di persecuzione, interpretazione errata di fatti reali ed ansia contemporanea a sensazioni di onnipotenza. Segue una depressione inversamente proporzionale al piacere nella sua profondita'.

I tossicodipendenti con cui ho parlato sono molto chiari: nessun piacere e' cosi' forte come quello portato dal crack ma dopo che lo si e' usato pochissime volte non se ne puo' piu' fare a meno. Per cercare di stemperare la oscillazione violenta tra alti e bassi che l'uso del CRACK comporta e fronteggiare in parte il necessario e costosissimo aumento dell'uso delle dosi (ricordo che l'effetto di una dose dura pochi minuti) moltissimi tossicodipendenti diventano anche alcoolisti.

Da cio' deriva tutta una serie di problemi non solo fisici ma anche di trattamento visto che si crea una dipendenza crociata per cui se il soggetto ricomincia con l'alcool ritornera' anche ad assumere CRACK e viceversa.

Se un tossicodipendente da eroina o da cocaina tende a raggiungere una situazione di "rovina" personale in un periodo di tre o quattro anni un consumatore di crack arrivera' alla stessa soglia in sei mesi.

Per dare una idea del "mercato" delle droghe a New York citero' una notizia apparsa su U.S.A. TODAY il 20 giugno. Il titolo e' "For pushers, it's no longer cheap to beep" (Per gli spacciatori non sara' piu' a buon mercato usare i cercapersone). Due grosse compagnie che affittano cercapersone (beepers), usati dagli spacciatori per eludere i controlli possibili su linee telefoniche, hanno infatti deciso (per contrastare a loro modo il mercato della droga) di far pagare maggiormente il costo di ogni chiamata al di sopra di un tetto che evidentemente e' superato dai pushers e non dai normali clienti. Le tariffe verranno aumentate di mezzo dollaro per ogni chiamata al di sopra delle cinquecento e di un dollaro sopra le mille chiamate mensili. Questa notizia la dice abbastanza lunga sul volume di affari che uno spacciatore medio puo' avere. Le compagnie dei cercapersone doneranno il ricavato della tassazione aggiuntiva a iniziative di prevenzione o di recupero dei tossicodipendenti. Evidentemente ritengono di ricavare una consistente quantita' di soldi dalla loro decisione.

Intanto, secondo un rapporto di quest'anno della divisione servizi per l'abuso di sostanze dello Stato di New York (1) "data la attivita' di strada aggressiva, competitiva e tendente alla intimidazione che circonda il traffico del crack e l'attivita' psichica della sostanza sui consumatori la violenza all'interno della citta' e' probabilmente aumentata". Sempre secondo questo rapporto, inoltre, l'uso del crack potrebbe anche aumentare il problema dell'uso di eroina come compensazione alla depressione, alla ansietà, ed alla insonnia. Questo, a sua volta, potrebbe maggiormente aggravare il problema A.I.D.S. per lo scambio di siringhe (che in U.S.A. sono ottenibili solo su prescrizione medica).

In effetti due segnali sono abbastanza preoccupanti: sulle strade di New York a detta della polizia c'e' piu' eroina che appare anche con un maggiore grado di purezza. Inoltre, fonti bene informate mi hanno riferito come, in paesi dove normalmente si coltiva solo la coca, si stia tentando di trapiantare il papavero da oppio.

Che significa tutto questo?

Una interpretazione la fornisce il rapporto citato precedentemente: l'eroina per livellare gli effetti del CRACK, al posto o assieme all'alcool oppure si prepara un rilancio della eroina in un mercato che sino a questo momento si manteneva stabile per quanto riguarda l'uso di questo prodotto.

Resta il fatto che da quando c'è il CRACK sono aumentati gli omicidi aumenta la prostituzione e che una attività di produzione e vendita artigianale è diventata uno dei maggiori business di New York.

Nel 1986 un rapporto dello Stato di New York(2) sulla popolazione con età al di sopra dei 18 anni rilevava come più del 9% avesse usato cocaina durante la sua vita. Questi dati indicavano un peggioramento riguardo ad una rilevazione del 1981 dove la percentuale si attestava al 6%.

Secondo lo stesso studio nel 1986 era possibile affermare che il 2% della popolazione aveva usato cocaina nell'ultimo mese e che circa l'1% degli adulti, ogni anno, iniziava ad usare coca. Circa l'1% della popolazione riferiva dipendenza da cocaina al momento della rilevazione.

Considerando, poi, un rapporto del 1986 (3) nello stato di New York almeno il 29% degli adulti (circa 3,7 milioni di persone) avrebbero usato nella loro vita sostanze illegali. La considerazione che un quarto di questi avesse usato marijuana non attenua la gravità del dato.

Queste indagini, inoltre, sarebbero ancora più pesanti se estese anche ai minori di 18 anni ed alle persone di fatto presenti nello stato ma non residenti (soggiorni temporanei, immigrazioni illegali ecc.).

La situazione della grande New York (come di alcuni altri grossi centri U.S.A. - es. Los Angeles) è particolarmente importante perché nei grossi centri urbani i fenomeni di abuso si consolidano prima di espandersi nella nazione. New York precede di alcuni anni la situazione in altri territori statunitensi. Un fenomeno nuovo, una nuova linea di tendenza possono anche impiegare tre, quattro anni di tempo per arrivare sino a Pittsburg (che è relativamente vicina) ed essere contemporaneamente presenti a Los Angeles o a Washington.

Il Crack ha incominciato la sua storia probabilmente attorno al 1980 ed ha aumentato la sua incidenza mano a mano che il prezzo della cocaina scendeva perché il mercato di questa sostanza cominciava a saturarsi.

È comunque difficile capire per quale motivo e secondo quali regole la diffusione dell'uso di una sostanza si sviluppi e si espanda ma è ancora più difficile comprendere come mai questo ritardo difficilmente venga utilizzato per intervenire preventivamente.

Questo accade negli Stati Uniti ed accade anche in Europa dove pare che le precedenti esperienze non abbiano insegnato nulla.

Quando i documentari televisivi ci mostravano l'eroina nel Nord Europa sembravano rappresentazioni fantascientifiche. Pensavamo che nulla del genere avrebbe mai potuto capitare in Italia e che, probabilmente, un certo lassismo (così si diceva) morale di quei paesi favoriva fenomeni di degenerazione della società. Poi l'eroina arrivò anche da noi e sta lasciando segni più pesanti di quanto abbia fatto in Olanda o Danimarca. Ora guardiamo a New York o agli Stati Uniti come se vedessimo un telefilm, una rappresentazione delle creazioni fantastiche di uno sceneggiatore, mentre il consumo della cocaina va progressivamente aumentando anche in Italia ed il CRACK, ormai è approdato in Europa. Negli Stati Uniti approssimativamente quindici milioni di persone hanno provato la cocaina e circa cinque milioni hanno bisogno di assistenza medica (4).

Il processo di "negazione" o forse di "rimozione" del problema si è verificato, comunque, anche negli Stati Uniti prima che da noi. Le persone che a vario titolo lavorano nell'ambiente delle tossicodipendenze e gli stessi tossicodipendenti sono unanimi: la cocaina era stata pesantemente sottovalutata. Illustri professionisti persino su "testi sacri" della medicina e della psichiatria sostenevano come la cocaina non desse dipendenza. Questa droga veniva considerata un abuso piacevole di cui si poteva fare senza dubbio a meno ma che comunque non avrebbe creato così grossi danni. L'autoaccusa che negli Stati Uniti si sta facendo riguarda proprio il fatto di avere abbassato la guardia per ignoranza o trascuratezza lasciando delle strade aperte soprattutto a livello culturale. Noto a questo punto che queste medesime strade culturali sono aperte anche in Italia. Molti miei colleghi, operatori nel settore della terapia della tossicodipendenza, considerano il fatto che un loro paziente assuma cocaina un problema minore rispetto all'uso di eroina e la popolazione generale è convinta della equazione tossicodipendente = eroinomane endovena. Se in una classe delle scuole medie parlate di eroina e di "buchi" i ragazzi vi guardano preoccupati ma se parlate di feste e di coca ... sorridono. Nei prossimi anni, quindi, con molta probabilità pagheremo duramente per questa guardia troppo bassa. Forse un errore che viene fatto è quello di assimilare il concetto di dipendenza fisica ai segni di astinenza periferici (nausea, vomito, brividi di freddo, diarrea ecc.). La dipendenza per la cocaina e crack non si manifestano principalmente con segni periferici ma con effetti sul tono dell'umore e sui sentimenti. Non per questo la depressione ed il desiderio compulsivo

della sostanza sono meno gravi e disturbanti e la loro genesi e' solo in parte psicologica.

Le depressioni post-uso del CRACK che subentrano praticamente da subito sono il segno di uno sbilanciamento grave dei meccanismi neuronali centrali cosi' come a questi sbilanciamenti di funzionamento vanno attribuiti i sintomi psicotici derivanti dall'uso di queste sostanze.

D'altra parte non e' la prima volta che la trascuratezza preventiva derivante da una analisi troppo superficiale dei problemi provoca danni enormi. Oltre alla citata incredulita' di fronte alla espansione del fenomeno eroina in Italia (e nel mondo) lo sbaglio e' stato ripetuto quando, non preoccupandoci assolutamente di realizzare campagne di prevenzione per istruire gli eroinomani a difendersi dalla epatite, abbiamo lasciato aperto la strada alla diffusione dell'A.I.D.S.. Cosi', ora l'infezione, uscita dalle categorie a rischio, riguarda ciascuno di noi compreso i "ben pensanti" che con orgoglio hanno sempre sostenuto che non bisognava dare le siringhe ai drogati.

Negli Stati Uniti la questione delle siringhe e' ancora aperta. Visto che sono in vendita solo su prescrizione medica (!?) ci si e' impegnati in campagne, anche con operatori di strada, per insegnare a disinfettare le siringhe con la candeggina prima di usarle. "Clean it with the bleach" (Puliscila con la candeggina) dice lo slogan che ho visto anche in grandi poster per le strade. Peccato che, anche qui, si sia arrivati solo dopo che il virus dell'A.I.D.S. si era diffuso. Nelle grandi citta' tra gli eroinomani e.v. la percentuale di sieropositivi H.I.V. e' analoga alla nostra. Il virus H.I.V. e' percentualmente piu' presente tra gli omosessuali semplicemente perche' la maggior parte dei tossicodipendenti usa cocaina per via nasale o CRACK che si fuma e, quindi, non scambia siringhe. Ecco spiegata, almeno in parte, la diversa epidemiologia H.I.V. riscontrata per i paesi mediterranei tossicodipendenti.

L'intervento terapeutico e riabilitativo

Una premessa fondamentale e' indispensabile: il sistema sanitario U.S.A. e' molto diverso dal nostro. La salute, o meglio, la terapia non e' ritenuta un diritto ma un servizio che va pagato direttamente dal cittadino che ne usufruisce. L'intervento del settore privato e' decisamente preponderante ed il privato e' generalmente a fini di lucro. Poiche' i costi della assistenza sanitaria sono notevolissimi i

cittadini ricorrono ad assicurazioni di malattia private che sono decisamente care e che si differenziano fra di loro per i servizi offerti in relazione a quanto l'assistito paga. Se si possiede una assicurazione di alto livello si viene assistiti dovunque ma se la assicurazione non e' buona e' anche possibile che l'ospedale privato non vi accetti. D'altra parte anche in albergo o avete una carta di credito o pagate anticipato! Esiste una fascia di poverta' che viene assistita gratuitamente negli ospedali pubblici ma esiste anche una popolazione ancora piu' grande che non e' cosi' povera da aver diritto alla assistenza gratuita ma non e' nemmeno cosi' ricca da avere una buona assicurazione.

Questa organizzazione, evidentemente, mostra la corda proprio nel settore della tossicodipendenza (e dell'A.I.D.S.) dove, invece, sarebbe indispensabile mettere meno ostacoli possibile all'accesso dei tossicodipendenti al trattamento. Uno dei punti del piano Bennet (specie di alto commissario per la droga in U.S.A) dovrebbe prevedere, appunto, il potenziamento della assistenza gratuita ma non e' detto che vengano stanziati fondi sufficienti per questo tipo di intervento.

In Italia la situazione e' apparentemente molto diversa: tutti i cittadini hanno diritto all'intervento del Servizio Sanitario Nazionale e lo Stato fornisce direttamente la parte preponderante della terapia e dell'assistenza anche nel campo delle tossicodipendenze dove il Servizio Pubblico assiste circa il triplo dei tossicodipendenti che sono in carico al privato.

Il privato italiano che lavora nel settore delle tossicodipendenze e' normalmente non a fini di lucro o, almeno, cosi' deve dichiararsi per usufruire delle sovvenzioni statali.

Negli Stati Uniti come in Italia il sistema di intervento pubblico ha iniziative variabili per qualita' e quantita' e la variabilita' dipende da stato a stato, da regione a regione e da citta' a citta'.

Ciononostante e' possibile esprimere dei criteri generali di valutazione sul sistema di intervento statunitense inteso nella sua globalita'.

Il sistema di intervento statunitense ha piu' esperienza ed e' quindi piu' maturo. Gli operatori sono generalmente piu' preparati dei nostri perche' possono usufruire delle conoscenze di uno staff dirigente piu' anziano che trasmette una cultura ed una prassi gia' consolidata.

Lavorare in questo settore, inoltre, non e' per nulla penalizzante.

Ad esempio, un medico che lavora in questo campo, generalmente non si considera e non e'

considerato come una persona che si e' adattata ad un lavoro di ripiego. Lavorare nelle tossicodipendenze puo' rendere moltissimo. Chi sa mettersi in luce ed e' ben preparato professionalmente puo' avere molte possibilita' di esercitare ottimamente la sua professione.

La concorrenza commerciale spinge i centri privati a raggiungere la massima qualita' minimizzando i costi. Questo non lascia generalmente spazio ad operatori poco qualificati o approssimativi (qualunque sia la loro professionalita') ed i programmi offerti appaiono molto ben elaborati.

Non sono, comunque, solo le figure professionali ad avere una alta qualificazione. Il volontariato e' molto consapevole e formato ai compiti che si propone. Spesso si specializza in un determinato settore di intervento e sviluppa programmi di ottimo livello.

Spesso ai programmi del privato, del pubblico e del volontariato sociale partecipano come operatori degli ex tossicodipendenti che generalmente conducono dei gruppi di auto-aiuto funzionanti sul modello dell'alcoolisti anonimi.

Questi gruppi hanno una grossa diffusione negli States. La quasi totalita' dei terapeuti che ho avuto l'occasione di conoscere negli U.S.A. ritiene impossibile trattare un tossicodipendente se questi, contemporaneamente alla terapia, non partecipa anche a gruppi di auto-aiuto.

Il gruppo di questo tipo non ha funzione terapeutica che viene, invece, svolta da personale qualificato a questo compito. I limiti ed i confini dei diversi interventi sono molto chiari sia nella mente dei pazienti che degli operatori.

I gruppi di auto-aiuto per tossicodipendenti, in Italia praticamente non esistono anche se ho notizia di qualche sporadica esperienza. Negli U.S.A. sono nati dopo che alcuni tossicodipendenti hanno partecipato a gruppi della Alcoolisti Anonimi apprendendone il metodo e riapplicandolo per altre tossicomanie. I gruppi per cocainomani e quelli per eroinomani pare abbiano maggiori problemi di funzionamento rispetto a quelli per alcoolisti riuscendo, comunque, ad avere una buona diffusione territoriale. Possono o no far parte di programmi piu' ampi lavorando in diretta connessione con ospedali e centri pubblici o privati anche comunitari.

Esiste anche un'altra forma di intervento che in Italia e' praticamente sconosciuta: il programma in regime di ricovero. Negli Stati Uniti e' normale che esistano reparti specializzati per la terapia delle

tossicodipendenze. In Italia questi reparti non sono stati realizzati per motivi essenzialmente ideologici. Per un certo numero di anni la parola d'ordine relativa al trattamento delle tossicodipendenze fu "demedicalizzare" l'intervento. Si decise che i servizi psichiatrici non dovessero occuparsi dei tossicodipendenti e che i ricoveri avvenissero in reparti di medicina generale. La demedicalizzazione della tossicodipendenza avveniva, tra l'altro, in un momento in cui attraverso gli spazi aperti dai nuovi servizi per la cura delle tossicodipendenze si apriva una maggiore offerta di lavoro per psicologi ed assistenti sociali. I medici ed i medici psichiatri non fecero obiezioni: in realta' non avevano nessuna intenzione di occuparsi di tossicodipendenti. Evidentemente lo spazio aperto a nuove professioni provoco' per un certo periodo l'illusione di migliori risultati con metodi diversi da quello sanitario ma presto ci si accorse che l'unico approccio possibile al problema era, in realta', multidisciplinare. Sulla multidisciplinarieta' in questo momento nessuno pone dubbi o questioni di fatto, pero' le diverse figure professionali stentano a trovare un equilibrio tra i vari modelli e gli approcci dei servizi, solo in apparenza molto simili, tendono ad essere condizionati dalla prevalenza (numerica o ideologica) di questo o di quel gruppo. Tuttavia in questa bagarre, che non e' ancora finita (e forse non lo sara' mai), il sistema di intervento Italiano si e' dimenticato di qualificare la funzione del trattamento in regime di ricovero.

Visto dalle comunita' terapeutiche come una funzione necessaria ma indifferente ("basta che il soggetto arrivi disintossicato") e dai servizi territoriali come un momento transitorio all'interno di un progetto individuale (psicoterapico o sociorabilitativo) il ricovero del tossicodipendente in Italia e' diventato l'anello debole di un sistema a rete che rischia di avere maglie troppo larghe.

In regione Lombardia, alcuni anni, fa l'allora assessore Moroni presento' un progetto di strutturazione di reparti specializzati ma venne accusato di volere istituire dei piccoli manicomi ... e non se ne fece piu' nulla.

Così, "per non discriminare", i tossicodipendenti stanno in reparti che non sono costruiti per loro, assieme a patologie del tutto diverse, con un personale che non puo' gestire la loro presenza (e non e' nemmeno preparato a farlo) e con programmi che, paradossalmente, possono essere esclusivamente di tipo farmacologico. Proprio l'opposto di quello che si voleva! I tossicodipendenti si sentono così rifiutati e mal-trattati da un ambiente che non vuole accoglierli mentre proprio nel momento in cui

devono allontanarsi dalla sostanza vengono lasciati soli in un letto con una flebo continua nel braccio (così almeno stanno tranquilli).

I risultati sono quelli che sono ma, naturalmente, la colpa è del tossicodipendente che "per sua natura" è soggetto a ricadute e non rispetta le regole.

Negli States ma, per quanto io ne sappia, anche in molte altre parti del mondo il trattamento ospedaliero è qualcosa di veramente diverso da quanto praticato in Italia. Il ricovero è un momento che viene utilizzato per attività propriamente terapeutiche ma anche di sostegno, di informazione e di discussione in un regime organizzativo di tipo para-comunitario estremamente definito. Queste attività, tra l'altro, sono prevalentemente non mediche!

Nel sistema di intervento italiano vi sono solo estremi: o una persona è capace di astenersi dall'abuso partecipando ad un programma in cui viene visto, magari settimanalmente, dallo psicologo di un servizio territoriale (e per il resto è lasciato e se stesso), oppure l'unica alternativa possibile resta l'abbandono della propria realtà sociale per un intervento comunitario a lungo termine.

Esistono anche centri diurni ma, il più delle volte, sono costruiti per il recupero di emarginati a bassa qualificazione professionale.

Tutto questo deriva dallo stereotipo culturale droga = devianza = emarginazione = disagio giovanile che, tradotto in una politica di controllo e sicurezza sociale, tende a favorire l'allontanamento dal territorio del tossicodipendente e di fronte alla droga intesa come epidemia vede la comunità terapeutica come sanatorio in cui si resta sino a guarigione.

Il sistema italiano soffre, inoltre, di un altro male che non è riscontrabile in altri paesi: l'allontanamento del medico psichiatra dalla diagnosi e dalla terapia del tossicodipendente. La causa è, da una parte, demagogica e, dall'altra, economica.

È demagogico pensare di affidare diagnostica e terapia del tossicodipendente al medico di medicina generale. Tutte le droghe sono sostanze psicoattive ed il medico di medicina generale non ha la preparazione tecnica per una diagnosi differenziale tra una patologia psichica provocata da una sostanza ed una patologia psichica primaria cui l'abuso potrebbe anche essere secondario. Questa diagnosi diventa, poi, di vitale importanza per droghe quali la cocaina ed il crack che producono

principalmente sintomi psichici che vanno dalla psicosi alla depressione. La terapia medica della tossicodipendenza prevede, poi, l'uso di sostanze psicoattive che il medico di medicina generale non è preparato ad usare propriamente.

Nei servizi multidisciplinari, quindi, quando il medico è (come generalmente previsto) un medico di medicina generale la persona che maggiormente "sa di psiche" resta lo psicologo che, tuttavia non ha la formazione diagnostica clinica necessaria per sostituirsi al medico.

La causa economica della assenza dello psichiatra è presto detta: le attuali normative per i concorsi dei medici prevedono che la specialità possa essere chiesta solo dal livello di aiuto. Per i servizi tossicodipendenze sono previsti soprattutto medici assistenti (il gradino più basso della carriera ed il meno retribuito). Prevedere, quindi, un medico psichiatra nei servizi territoriali comporterebbe un aggravio di spesa per il Servizio Sanitario Nazionale.

L'escamotage dell'utilizzo degli assistenti di medicina generale risolve così tutta una serie di problemi: al Servizio Sanitario Nazionale permette di risparmiare soldi, agli psicologi consente di essere maggiormente valutati nel loro ruolo (anche se a sproposito), a chi fa della demagogia non si fornisce il fianco per critiche di "psichiatrizzazione". Chi finisce per rimetterci è il tossicodipendente che, però, non lo sa e quindi non è nella condizione di protestare anche perché in alcune Regioni Italiane i servizi sono così scarsi che già una équipe multidisciplinare (qualunque medico ci sia) è comunque un grosso lusso.

D'altra parte, anche negli Stati Uniti, come già accennavo prima, la distribuzione dei servizi non è uniforme per tutto il territorio e lo stesso sistema sanitario ha dei grossi punti deboli per la assistenza dei meno abbienti. Quindi, di fronte ad un ottimo livello di molti centri pubblici e privati che hanno personale e know-how per intervenire con efficacia, di fronte alla offerta di programmi più razionale e meno "estremista" di quella italiana, esistono anche negli U.S.A. dei grossi buchi nella rete del sistema di intervento per le tossicodipendenze.

Parlando con dei rappresentanti della comunità di colore di Atlanta mi veniva fatto presente che proprio in questa comunità si era stati troppo tolleranti nei confronti delle droghe anche perché, almeno in fase iniziale, qualcuno aveva visto in questo commercio la possibilità di un riscatto da ataviche condizioni di miseria. Lo Stato, tuttavia, interveniva a livello terapeutico offrendo una troppo scarsa

disponibilita' di programmi ospedalieri gratuiti. La possibilita' di "tirare fuori dal giro" il maggior numero di persone possibile restava cosi' una utopia. A mio parere questa situazione, che si ripete in diverse parti del territorio U.S.A., fa parte di un meccanismo "perverso" che andrebbe in qualche modo spezzato.

La terapia dei tossicodipendenti e' diventata un grosso business per la sanita' privata americana. Questo da anche dei vantaggi perche' in un clima di concorrenza (e di tariffe abbastanza elevate) non solo si deve lavorare con maggiore professionalita' ed, in qualche modo, si devono mostrare dei risultati ma anche l'organizzazione dei servizi e' piu' mirata alle esigenze del paziente (per esempio sugli orari di apertura) che dello staff. Tuttavia non si puo' chiedere alle organizzazioni private di farsi carico anche di quei problemi che non danno reddito.

Se il sistema pubblico rimane non proporzionato alle esigenze si crea una fascia di non assistenza che, guarda caso, a livello sociale, e' proprio quella dove si collocano molti spacciatori-consumatori che sostengono gran parte della diffusione capillare delle sostanze di abuso.

Se questa fascia resta "nel giro" il mercato puo' continuare ad esistere e prosperare e se il mercato prospera ed esiste, prosperano anche i centri privati che hanno fatto, appunto, della terapia un grosso business. Questo, evidentemente, non significa che il privato promuove il commercio della droga ma che non ha moltissimo interesse che lo Stato finanzia direttamente programmi gratuiti di recupero perche', se funzionassero, porterebbero un danno diretto ed indiretto ad una attivita' commerciale che funziona benissimo.

A questo punto sorge il problema di dove lo Stato sceglie i suoi consulenti per la programmazione degli interventi.

I grandi esperti del trattamento degli Stati Uniti sono contesi dalle cliniche private e, talvolta, sono loro stessi proprietari di cliniche.

La loro professionalita' ed esperienza e' indiscussa tanto che anche i critici del grande business delle disassuefazioni riconoscono ai loro centri alte percentuali di successo. Questi grandi esperti fanno opinione, scrivono libri, appaiono sui media e spesso sono consulenti formali o informali degli amministratori pubblici che si occupano di programmazione. Tuttavia, per forza di cose, i loro interessi economici non coincidono con un eventuale diffuso intervento gestito direttamente dallo Stato. Questo non significa che siano in malafede nel momento in cui forniscono pareri e consulenze ma

che il loro punto di vista e' inevitabilmente unilaterale.

Questa cosa avviene anche in Italia. Quando periodicamente viene rilanciata dai media una "emergenza droga" iniziano consultazioni per l'indirizzo di provvedimenti di emergenza ed i consultati sono personaggi che, se da una parte hanno grandissimi meriti, dall'altra gestiscono catene di strutture o megastrutture private che hanno parte del loro interesse contrastante con la possibilita' un piu' diffuso intervento dello Stato.

La situazione italiana, in un certo senso, e' ancora peggiore di quella statunitense in quanto negli U.S.A. i centri privati sono spesso dichiaratamente "profit" e traggono il loro sostentamento dalle rette pagate direttamente dai pazienti o comunque dalle loro assicurazioni mentre in Italia i centri privati si dichiarano non a fini di lucro e gran parte della loro sussistenza deriva da fondi pubblici e da donazioni. I fondi pubblici, in particolare, vengono spesso assegnati senza precisi criteri standard e provengono da diverse istituzioni dello stato (Ministeri, Regioni, Comuni ecc.) cosicche' e' difficilissimo stabilire quanto lo stato investe per sostenere il sistema privato.

I consulenti che provengono dal sistema privato sono, per loro natura, "conservatori" in quanto tendono a conservare il sistema in atto (che ha permesso loro di raggiungere meritate posizioni di indubbio prestigio) ed evidentemente lavorano per rafforzare le istituzioni che si muovono in un'area di affinita' culturale ed operativa.

Forse questo e' uno dei motivi (probabilmente non l'unico) per cui negli U.S.A. ed in Italia le risorse attribuite al servizio pubblico appaiono costantemente carenti. D'altra parte chi gestisce organizzazioni private ha spesso portato nella strutturazione di questi centri un modello organizzativo molto personale. Di conseguenza e' in buona fede convinto che "cose analoghe non possano essere fatte da altri ed in particolare dal servizio pubblico". Cosi', mentre da una parte non perde l'occasione di affermare sui giornali e a conferenze che lo Stato non risponde adeguatamente al problema dell'assistenza, dall'altra crede che il modello di intervento valido sia quello che lui propone e che questo modello sia irripetibile in una organizzazione diversa dalla sua.

L'apporto di questi "grossi personaggi" al lavoro anche di commissioni a livello regionale o nazionale diventa cosi' inaspettatamente estremamente povero di idee e contenuti e frenante per qualsiasi innovazione che non vada nel senso di rafforzare

l'esistente. Mi sembra che questa situazione, con differenti modalita' riferite a diversi contesti avvenga al di qua ed al di la' dell'oceano. Tuttavia in Italia si sta verificando un fatto che negli U.S.A e' gia' avvenuto. Chi per diversi motivi abbia seguito la storia della televisione privata in Italia puo' probabilmente meglio seguire questo tipo di ragionamento.

All'inizio c'era la R.A.I. e null'altro. Poi, anche sull'onda di una riforma culturale in parte spontanea che non accettava una unica fonte di comunicazione televisiva a livello dello stato centrale, incominciarono a nascere le prime televisioni allora dette "libere". Venivano viste con favore dalla gente anche se molto artigianali e di bassa qualita' ma rappresentavano qualcosa di diverso. Il poter trasmettere (anche per radio) era comunque considerato una forma di liberta' di espressione e questo favorì (insieme alla inerzia politica ed a possibili interessi commerciali) la impossibilita' di una regolamentazione. Lo Stato non poteva e non doveva porre dei limiti. Questo provoco' una lotta a coltello per il possesso delle frequenze fino a che trionfo' chi poteva investire (e ricavare) grossi capitali dalla attivita' imprenditoriale televisiva. Nacquero così i grossi network. Ora i network dettano legge sul mercato e contribuiscono ad innalzare il costo del prodotto televisivo. A questo punto si riparla di regolamentazione che servira' a consolidarne la esistenza impedendo nuovi facili accessi al sistema televisivo. Le "televisioni libere" non se le ricorda piu' nessuno.

In Italia sta succedendo la stessa cosa nel sistema di intervento sulle tossicodipendenze con la differenza che il "potere" dei servizi pubblici e' molto piu' debole rispetto a quello della R.A.I. nei confronti delle televisioni private.

Si cominciano ad individuare alcuni grossi network che, in futuro, condizioneranno pesantemente il "mercato" della terapia in Italia.

Questi network potranno dettare legge sia nel campo della programmazione che in quello delle sovvenzioni essendo, tra l'altro, grossi gruppi di pressione elettorale e, quindi, politica. Ancora piu' di oggi, potranno selezionare l'utenza all'ingresso specialmente quando, con l'espansione dell'uso della cocaina, verra' una forte domanda di terapia dalla classe media. Questo permettera', tra l'altro, di dimostrare risultati migliori nell'intervento rafforzandone notevolmente l'immagine.

Il servizio pubblico dovra' continuare ad esistere: mai così forte per realizzare una eventuale concorrenza e nemmeno così debole da non poter raccogliere chi, scartato dalla selezione dei pro-

grammi privati, dovesse comunque essere inserito in programmi di controllo sociale.

La domanda piu' consistente da parte delle classi medie comportera' una differenziazione dell'offerta del privato e probabilmente verra' richiesta la collaborazione di cliniche ed universita' per la realizzazione di programmi intermedi simili a quelli di ricovero strutturato che ho descritto per gli U.S.A..

Il servizio pubblico e' possibile non riesca ad evolversi. Penalizzato nelle risorse per la mancanza di un progetto nazionale che definisca gli standard di intervento e vincolato ad una immagine di "bar metadonico" (che almeno in meta' Italia non corrisponde al vero ma che continua, anche strumentalmente, ad essergli appioppata), perdera' anche i professionisti piu' qualificati che avranno offerte migliori nel settore privato.

Sebbene in un diverso contesto sociale, organizzativo e normativo, questo e' gia' successo negli Stati Uniti. Nello Stato di New York esiste una clinica ad Albany dotata di piscina, vasca Jacuzzi, palestra e addirittura un negozio interno per i regali (5). Il trattamento residenziale per 29 giorni costa 10.000 dollari (ma vi sono altre cliniche a New York che costano 1.000 dollari al giorno). Per chi si scandalizzasse dei prezzi ricordo che 29 giorni in un nostro ospedale costano attorno ai dieci milioni e che il potere di acquisto del dollaro e' diverso dal nostro. Diecimila dollari non e', quindi, una cifra stratosferica. Nella clinica di Albany 120 pazienti ricevono un counseling psicologico intensivo, terapie mediche ed un follow-up molto accurato che li seguira' nel tempo. Ma in New-York si possono trovare anche programmi di metadone a mantenimento che non forniscono approccio psicologico di alcun tipo e che si giustificano soltanto con la presupposta necessita' di contenere l'A.I.D.S.. Questi pazienti, abbandonati a se' stessi, spesso commerciano il metadone e usano anche cocaina endovena e CRACK. Gene R. Haislip, capo divisione della D.E.A (l'antinarcofici U.S.A.) ha dichiarato alla stampa che centinaia o meglio migliaia di pazienti vendono il metadone ogni weekend. Solo nel 1987, 527 cittadini di New York sono entrati in trattamento per aver contratto dipendenza da metadone illegale (5).

Conclusioni

Come si vede la situazione degli Stati Uniti e dell'Italia hanno piu' punti in comune di quanto si potrebbe immaginare dopo una osservazione superficiale.

Uno dei fatti che mi ha particolarmente colpito e' la attenzione che mi e' stata dedicata in quanto "ospite straniero" e che mi ha permesso anche di incontrare direttamente e colloquiare senza assilli con grossi esponenti del sistema pubblico e privato. Non si trattava esclusivamente di una forma di cortesia: anche negli Stati Uniti i contatti internazionali ed i confronti in questo settore non sono molto frequenti!

D'altra parte il 15 luglio il vertice di Parigi dei grandi paesi industrializzati ha ribadito la necessita' di piu' stretti rapporti per quanto riguarda la repressione ed il controllo del traffico. Nonostante il sottofondo delle celebrazioni del bicentenario della rivoluzione francese, nessuna rivoluzione interessera' il piano internazionale di intervento per la droga. Continueranno a confrontarsi politici, magistrati e poliziotti ma non chi fa terapia e, tantomeno, chi fa prevenzione. L'intervento preventivo, terapeutico e riabilitativo continuera' a rimanere un fatto "locale" e, come al solito, nuovi abusi e nuove "epidemie" ci coglieranno di sorpresa. Potremo ancora dire "... non potevamo realmente immaginare che qualcosa di simile potesse accadere anche in Italia!" (ciascuno puo' sostituire Italia con la nazione o il continente di sua scelta ... il senso non cambia).

Gli Stati Uniti possiedono un sistema di intervento molto piu' evoluto e differenziato ed hanno un know-how decisamente superiore al nostro. In questo articolo non ho parlato dei sistemi informativi e di documentazione, dei programmi carcerari, e degli accordi aziende-sindacati per l'intervento sui lavoratori per non complicare eccessivamente la mia descrizione.

Posso tuttavia assicurare che ho potuto osservare attivita' veramente interessanti (sotto ogni punto di vista) che potrebbero essere oggetto di approfondito dibattito. Purtroppo, come in Italia, la rete di intervento presenta buchi troppo ampi nelle sue maglie. Per questo perde molta della sua efficacia. Se la cultura europea e statunitense potessero incontrarsi in questo campo e contaminarsi reciprocamente, molto probabilmente, avremmo tutti da guadagnarci.

La terapia dei tossicodipendenti non puo' semplicemente diventare un grosso business in tutto il mondo. I governi devono riuscire a pianificare in una ottica internazionale la necessita' di intervento

preventivo e terapeutico/riabilitativo indipendentemente dalle esigenze dei grandi network privati.

Questi possono costituire una parte importante della rete di intervento ma non devono essere gli unici ed esclusivi detentori non solo della conoscenza e della qualita' tecnica dell'intervento ma anche della attivita' di consulenza per le politiche nazionali.

Purtroppo la situazione non appare affatto rosea per il futuro. Abbiamo spesso seguito la storia degli Stati Uniti nel campo dell'abuso e se cosi' sara', il CRACK e molto vicino a noi. Riusciremo a intravedere il sereno solo se a livello internazionale ci renderemo veramente conto che la droga, come l'inquinamento e lo squilibrio tra nord e sud del mondo, e' uno dei grandi problemi della nostra era e agiremo uniti, di conseguenza. Per adesso, tuttavia, ci sono ancora tanti temporali sulla nostra testa e siamo troppo preoccupati della pioggia che entra sul nostro balcone per accorgerci che, fuori, il fiume sta straripando.

Dott. Riccardo C. Gatti

agosto 89

Bibliografia:

Quanto riferito in questo articolo e' tratto principalmente dalla esperienza personale nel settore e dai confronti avvenuti in Italia ed all'estero con operatori del settore, giornalisti, magistrati, poliziotti, educatori, uomini politici, amministratori, tossicodipendenti e gente comune. Per questo e' molto difficile dare riferimenti bibliografici oltre che per alcuni dati citati.

- 1) New York State Division of Substance Abuse Services (1989), The problem of CRACK in New York City, New York.
- 2) New York State Division of Substance Abuse Services (1986), Cocaine Use Among New York State Residents, New York.
- 3) New York State Division of Substance Abuse Services (1986), An Overwiev of Illicit Substance Use Among Adults in New York State, New York.
- 4) Carlton E. Turner (1988), The Cocaine Epidemic and Prevention of Future Drug Epidemics, *Psychiatric Annals* vol. 18, n.9.
- 5) Thomas J. Maier (1989), A Failing Drug Treatment & Tale of Two Treatments, *Newsday* june 12, 1989, New York.

BATTERE IL PROIBIZIONISMO

I governi della destra sociale hanno imposto in questi anni provvedimenti criminali in materia di stupefacenti.

La legge oggi in vigore, la Russo Jervolino, e' inutile e dannosa. Punisce il consumo, mistifica la natura delle sostanze, spalanca le porte delle carceri a migliaia di tossicoipendenti. Questa legge e' un errore tragico in linea con le altre scelte, egualmente nefaste, in materia di sanita', pensioni, lavoro.

Il 18 ottobre 1992 sono trascorsi 17 anni dall' occupazione del Centro Sociale Leoncavallo: una storia fatta di un lavoro quotidiano per costruire e praticare un progetto di trasformazione sociale.

Forte delle sue lotte e dei suoi morti, della continua opposizione all'eroina, ma anche di una profonda coscienza antiproibizionista, il Centro Sociale Leoncavallo aderisce al presidio che si svolgera' in Piazza Argentina dalle ore 12 alle 22 di sabato 17 ottobre 1992.



CENTRO SOCIALE LEONCAVALLO